AxiAM®1.40

Manuel d'utilisation

Télétransmettre simplement

AXILOG®
Loin devant, proches de vous

Une société du groupe CompuGROUP

59 a, avenue de Toulouse
34070 Montpellier - FRANCE

Informations commerciales : www.axilog.fr
Assistance technique : www.axilog.fr - Email : support@axilog.fr
Tél 0 825 01 33 33 – Fax (33) 04 99 51 33 02

CONTRAT DE LICENCE UTILISATEUR FINAL POUR PRODUITS LOGICIELS AXILOG
(incluant les conditions tarifaires AxiAm 1.40 pour une première installation)

I CONTRAT DE LICENCE UTILISATEUR FINAL POUR PRODUITS LOGICIELS AXILOG

IMPORTANT - A LIRE ATTENTIVEMENT :
Le présent contrat a pour objet de définir les conditions d'utilisation des programmes d'ordinateur sous forme logicielle et programmes additionnels et peut inclure des supports associés, une documentation imprimée et une documentation sous forme électronique (ci-après, « LE PRODUIT AXILOG »).
Ce présent Contrat de Licence Utilisateur Final (ci-après CLUF) régit exclusivement les rapports contractuels entre la SA AXILOG dont sise 59A av de Toulouse à Montpellier et les professionnels de santé exerçant à titre individuel (ou sous forme sociétaire ou associative),
ayant fait l'acquisition ou louant un PRODUIT AXILOG auprès de la SA AXILOG.

LES AJOUTS OU MODIFICATIONS DU CLUF PAR RAPPORT A LA VERSION PRECEDENTE SONT SIGNALES EN GRAS DANS LE TEXTE CI-APRES (version PDF).

VEUILLEZ VOUS ASSURER QUE VOUS AVEZ BIEN PRIS CONNAISSANCE DES STIPULATIONS DU CONTRAT DE LICENCE UTILISATEUR FINAL QUI SUIT. EN CLIQUANT SUR LE BOUTON " J'ACCEPTE " VOUS MANIFESTEREZ VOTRE ACCEPTATION SANS RESERVE DES TERMES DE CE CONTRAT.

SI VOUS ÊTES EN DÉSACCORD AVEC LES TERMES DE CE CLUF, VEUILLEZ NE PAS INSTALLER OU UTILISER LE PRODUIT LOGICIEL ; VOUS POURREZ OBTENIR LE REMBOURSEMENT DU PRODUIT AXILOG AUPRES DU DISTRIBUTEUR AXILOG AUPRES DUQUEL VOUS AVEZ ACQUIS CE PRODUIT AXILOG.

D'UN COMMUN ACCORD, LES PARTIES DECLARENT ADHERER AUX STIPULATIONS SUIVANTES DU PRESENT CONTRAT :

LICENCE POUR UTILISATION DU PRODUIT AXILOG

Le PRODUIT AXILOG est protégé par la réglementation et les traités internationaux en matière de droits d'auteur. Tous les droits de propriété et droits d'auteurs relatifs au PRODUIT AXILOG, sont détenus par AXILOG.

Vous bénéficiez au titre des présentes d'un droit personnel et vous autorisant à installer et à utiliser un exemplaire du PRODUIT AXILOG et à créer des applications personnalisées uniquement pour les besoins de votre activité

En tant qu'utilisateur du PRODUIT AXILOG vous pouvez effectuer une ou plusieurs copies de sauvegarde, ainsi qu'une copie pour votre usage exclusif sur votre ordinateur personnel situé dans votre lieu de résidence principale.

Vous êtes également autorisé à installer ou à stocker un exemplaire du PRODUIT AXILOG sur un dispositif de stockage, tel qu'un serveur de réseau, utilisé exclusivement pour installer ou pour faire fonctionner le PRODUIT AXILOG sur vos autres ordinateurs au moyen d'un réseau interne. Toutefois, vous devez louer ou acquérir une licence pour chaque utilisateur du PRODUIT AXILOG. Une licence du PRODUIT AXILOG ne peut être partagée ou utilisée de manière concomitante sur des ordinateurs distincts, ni distribuée à d'autres utilisateurs, ni transférée entre ordinateurs au moyen d'un réseau quelconque en association avec des tiers.

Il vous est strictement interdit de reproduire intégralement ou partiellement le PRODUIT AXILOG, pour quelque usage que ce soit, sans le consentement écrit d'AXILOG.

Vous êtes plus généralement tenu de respecter les droits d'auteur et de reproduction détenus par AXILOG.

Vous n'êtes pas autorisé à prêter ou à donner en location le PRODUIT AXILOG. Vous ne devrez en aucun cas décoder ni tenter de décoder outrepasser ni démanteler le système de protection intégré du logiciel.

MISES À JOUR

Si le PRODUIT LOGICIEL est présenté comme une mise à jour, vous devez, pour l'utiliser, être titulaire du CLUF approprié vous permettant d'utiliser le PRODUIT AXILOG CORRESPONDANT.

La mise à jour d'un PRODUIT AXILOG est présentée sous la forme d'un PROGRAMME ADDITIONNEL qui complète le PRODUIT AXILOG en tant que partie du PRODUIT AXILOG. L'utilisation du PROGRAMME ADDITIONNEL intégré au PRODUIT AXILOG devra

l'être en conformité avec les termes de ce CLUF. Le PROGRAMME ADDITIONNEL ne peut être partagé ou dissocié pour être utilisé sur plus d'un ordinateur.

SERVICES D'ASSISTANCE

AXILOG vous propose des Services de Support Editeur relatifs au PRODUIT AXILOG, dont l'utilisation est régie par les Conditions Générales d'Assistance et de Mise à jour. La fourniture de ces services implique la soumission aux termes de ce CLUF. En ce qui concerne les informations techniques que vous fournissez à AXILOG dans le cadre des Services de Support Editeur, AXILOG pourra utiliser ces informations pour les besoins de son activité commerciale, notamment pour l'assistance sur des produits et le développement de ces produits. AXILOG n'utilisera pas ces informations techniques sous une forme qui vous identifie personnellement.

LIMITATIONS DE LA GARANTIE

Dans la limite de la réglementation applicable :

AXILOG vous fournit les PRODUITS AXILOG et les PROGRAMMES ADDITIONNELS en l'état et avec toutes leurs imperfections.
AXILOG ne vous offre aucune garantie expresse ou tacite concernant notamment mais de manière non exhaustive ni limitative, (i) la capacité du PROGRAMME ADDITIONNEL à satisfaire vos besoins propres, (ii) l'absence d'erreur dans l'exploitation du PROGRAMME ADDITIONNEL, (iii) la correction possible ou effective de tout défaut dans le PROGRAMME ADDITIONNEL, (iv) l'adéquation du PRODUIT AXILOG à la réglementation et aux normes applicables à votre secteur d'activité.
AXILOG et ses distributeurs ne pourront en aucun cas être tenus pour responsables de tout dommage et/ou préjudice accessoire, incident ou indirect, de quelque nature que ce soit, notamment, et de manière non limitative, la perte de chiffre d'affaires, la perte de bénéfice, la perte d'informations, l'atteinte à la vie privée, l'utilisation de données nominatives, et résultant de l'utilisation du PRODUIT AXILOG, même si AXILOG a été avisé de l'éventualité de tels dommages.
En particulier, AXILOG et ses distributeurs ne pourront encourir aucune responsabilité du fait de données mémorisées ou exploitées à partir du PRODUIT AXILOG , y compris le coût de la récupération des données ou d'immobilisation résultant d'une imperfection du produit AXILOG.

LIMITATION DE RESPONSABILITE

La présente licence ne vous confère aucun droit autre que celui d'utilisation et n'est pas susceptible d'engager la responsabilité d'AXILOG pour toute utilisation qui pourrait être faite par vous du PRODUIT AXILOG, et en particulier de l'application personnalisée, du stockage, du traitement et de l'utilisation de données.

Dans la mesure où il découle de l'utilisation du PRODUIT AXILOG, vous devrez prendre à votre entière charge toute plainte, poursuite ou procès intenté contre vous, AXILOG ou ses distributeurs, et vous devrez dédommager AXILOG et ses fournisseurs de toute responsabilité concernant les dommages et intérêts à verser à des tiers, à l'exception de toute procédure relative à la violation, par le PRODUIT AXILOG, de la loi ou de droits de propriété intellectuelle appartenant à des tiers. Cette stipulation s'appliquera en particulier à toute plainte, action, ou procès auquel pourrait être attrait AXILOG ou ses distributeurs et ayant directement ou indirectement pour objet le stockage, le traitement, l'utilisation ou l'exploitation de données à caractère personnel et/ou confidentiel.

Dans l'éventualité où une plainte, une poursuite ou un procès serait intenté contre vous, AXILOG ou l'un de ses distributeurs, relatif à une quelconque partie du PRODUIT AXILOG, AXILOG aura le droit, si elle le désire, de prendre à sa charge la défense de toute action. Dans cette éventualité, AXILOG pourra, soit obtenir le droit de continuer à exploiter et commercialiser le PRODUIT AXILOG, soit obtenir un autre produit logiciel présentant les mêmes possibilités d'exploitation que le PRODUIT AXILOG, soit de modifier l'ensemble du système pour qu'il ne porte plus atteinte à la loi. Au cas où la SA AXILOG ne serait pas autorisée à poursuivre l'exploitation et la commercialisation du produit axilog, le contrat d'abonnement aux mises à jour sera résolu sans application de la clause de résolution anticipée et remboursé au prorata des mois écoulés depuis la dernière mise à jour du logiciel mis en cause.

RESOLUTION DU CONTRAT

Le présent contrat peut être résolu par AXILOG si vous enfreignez une quelconque stipulation de ce dernier. A la résolution du contrat, vous devrez immédiatement: (i) renvoyer à AXILOG l'ensemble du PRODUIT AXILOG et toute copie en votre possession, (ii) éliminer toutes les copies intégrales ou partielles du PRODUIT AXILOG de toutes les unités centrales et de toutes les unités de stockage ou de tout support de stockage sur lesquels vous les aviez sauvegardées ou stockées et (iii) fournir à AXILOG une déclaration certifiant que vous vous êtes conformé aux stipulations visées aux (i) et (ii) du présent alinéa.

COMPLEMENTS LIES AU PRODUIT AXILOG

DES PROGRAMMES D'ORDINATEUR complémentaires au PRODUIT AXILOG sont installés afin d'améliorer les services aux utilisateurs.

- Un programme de SUIVI de la qualité du déploiement technique de l'installation du PRODUIT AXILOG.
Un message sera automatiquement envoyé à Axilog à la fin de cette installation. Ce message est totalement anonyme et contient deux types d'information :
... Témoins donnant le déroulement et l'état de l'installation de la mise à jour

... Le numéro d'identification du disque dur permettant d'éviter les doublons de message.
Ces informations ne permettent en aucune façon d'en identifier l'émetteur. Le rapport est visualisable par l'utilisateur avant l'envoi. S'il le souhaite, il pourra le supprimer et en annuler ainsi l'envoi.

- Un programme de SUIVI des anomalies éventuellement rencontrées lors de l'utilisation du PRODUIT AXILOG.
Un rapport d'anomalie est automatiquement créé, l'utilisateur peut le compléter et l'envoyer s'il le souhaite. Afin de pouvoir assurer un suivi par le servie technique ou par le service développement AXILOG, le rapport envoyé sera identifié avec l'adresse EMAIL du rapporteur.

- Un programme de mise à jour en ligne permettant le téléchargement et l'installation automatiques des mises à jour disponibles.
Le téléchargement, comme l'installation, sont soumis à acceptation. Seuls les utilisateurs à jour de leur contrat de mise à jour peuvent bénéficier de ce service. Seul le numéro ADELI et le nom de votre PRODUIT AXILOG sont envoyés à AXILOG pour vérification.

- Un programme de diagnostic permettant d'optimiser la maintenance technique de votre poste de travail.
L'envoi du rapport est soumis à votre acceptation. Toutes les données envoyées sont visualisables avant l'envoi. Le rapport sera identifié clairement par une saisie manuelle de la part de l'utilisateur avant envoi.

LOI APPLICABLE – CLAUSE ATTRIBUTIVE DE COMPETENCE

LE PRESENT CONTRAT EST SOUMIS AUX LOIS EN VIGUEUR SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS.
En cas de litige survenant à l'occasion du contrat AXILOG, tant pour ce qui concerne son interprétation que son exécution et à défaut d'accord amiable entre les parties, compétence expresse est attribuée aux juridictions compétentes du ressort de la Cour d'Appel de Montpellier, nonobstant pluralité de défendeurs ou appel en garantie, même pour les procédures conservatoires, en référé ou en requête.

CONDITIONS TARIFAIRES AXIAM 1.40 (pour une première installation)

Vous êtes dans l'une des trois situations suivantes :

1-Vous n'avez pas encore installé AxiAM 1.40, vous utilisez déjà un logiciel Axilog et vous êtes titulaire d'un contrat de mise à jour Axilog en cours de validité et à jour de règlement comprenant au moins l'un des logiciels suivant :

-AxiAM 1.39,
-AxiSanté5

Dans ce cas :
- Votre Contrat de mise à jour est augmenté de 4€TTC/mois et par utilisateur.
- La licence AxiAM 1.40 vous est fournie sans autre coût supplémentaire en abonnement avec votre contrat d'abonnement aux mises à jour .
L'entrée en vigueur de l'augmentation sera effective un mois après l'émission de la première feuille de soins AxiAM 1.40 (laquelle envoie un signal à Axilog dont l'unique fonction est d'enregistrer automatiquement la licence)

2-Vous n'utilisez aucun des logiciels cités ci-dessus. Vous reconnaissez avoir souscrit un contrat Axilog comprenant AxiAM 1.40 : Les conditions tarifaires applicables vous ont été précisées sur votre contrat.

3-Vous bénéficiez d'une offre d'essai du logiciel AxiAM 1.40. Vous pouvez utiliser AxiAM 1.40 sans souscrire de contrat d'abonnement pendant une période finie qui vous est précisée à l'installation d'AxiAM 1.40. A la fin de la période d'essai (dont l'échance vous est rappelée régulièrement), et en l'absence de souscription à un contrat d'abonnement au logiciel AxiAM, le présent contrat sera résolu selon les conditions précisées ci-dessus dans le paragraphe RESOLUTION DE CONTRAT.

ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITE DES SERVICES DE MISE A JOUR

AXILOG s'efforce de protéger la confidentialité des informations qu'elle collecte dans le cadre de l'utilisation des données du service AXILOGUPDATE (le "service de mise à jour"). Cet engagement de confidentialité ne s'applique pas à d'autres sites, produits ou services Axilog en ligne ou hors connexion.

En quoi consistent les Services de mise à jour ?

AxilogUpdate est un service qui fournit des mises à jour pour les logiciels Axilog.
Certaines mises à jour disponibles par l'intermédiaire des Services de mise à jour peuvent uniquement être obtenues par les utilisateurs qui ont validé l'authenticité de leurs logiciels Axilog.

Quelles sont les données collectées ?

Les Services de mise à jour collectent dans le cadre de l'exploitation et de l'amélioration des services des informations à partir de votre ordinateur, notamment :

- Les logiciels installés sur votre ordinateur, afin de déterminer les mises à jour appropriées.

- Les échecs, réussites et erreurs dans le cadre de vos accès aux Services de mise à jour et de votre utilisation de ces services.
- Le GUID (Globally Unique Identifier), numéro généré de manière aléatoire et qui ne contient pas d'informations personnelles. Les GUID sont utilisés pour identifier des ordinateurs individuels sans identifier l'utilisateur.
- La configuration matérielle de l'ordinateur.

Comment les données sont-elles utilisées ?

Les données envoyées à Axilog sont utilisées dans le cadre de l'exploitation et de la maintenance des Services de mise à jour. Elles sont également utilisées pour générer des statistiques d'ensemble exploitées pour améliorer la disponibilité et la fiabilité des Services de mise à jour.

DECLARATION

VOUS DECLAREZ AVOIR LU CETTE CONVENTION ET VOUS ENGAGEZ A EN RESPECTER LES TERMES ET CONDITIONS.

Table des matières

1. Les nouveautés 1

2. AxiAM 1.40 3

2.1. A propos de ce document ... 3
2.2. Les pré-requis ... 3
2.3. Nous contacter ... 3
2.4. Utiliser l'aide électronique ... 4
2.5. Premiers gestes ... 4
2.5.a. Créer un praticien à la 1ère ouverture du logiciel ... 4
2.5.b. S'identifier à l'ouverture du logiciel ... 8
2.5.c. Créer un dossier patient à partir de la carte Vitale ... 9
2.5.d. Créer la première facture ... 10
2.5.e. Valider le règlement ... 11

3. Sauvegarder vos données 13

3.1. Informations importantes ... 13
3.2. Ouvrir l'outil de sauvegarde / restauration ... 13
3.3. Présentation de la fenêtre ... 14
3.4. Le chemin du répertoire de stockage ... 15
3.5. Le nombre de rotations ... 15
3.6. Les fichiers à sauvegarder ... 16
3.7. La planification de la sauvegarde ... 16
3.8. La maintenance ... 17
3.9. La restauration ... 17
3.10. La réparation ... 18
3.11. L'historique des évènements ... 19

4. Créer un profil utilisateur 21

4.1. Le praticien ... 21
4.1.a. Bienvenue ... 21
4.1.b. Détection / paramétrage lecteur ... 22
4.1.c. Volet Personnel ... 23
4.1.d. Situation de facturation du professionnel ... 25
4.1.e. Paramètres de télétransmission ... 26
4.1.f. Fin de création du profil ... 29
4.1.g. Se sérialiser ... 30
4.2. Le remplaçant ... 30
4.2.a. Enregistrer le médecin remplaçant dans AxiAM ... 30
4.2.b. Activer la session de remplacement ... 33
4.2.c. Utiliser la session de remplacement ... 36
4.2.d. Clôturer la session de remplacement ... 37
4.3. La secrétaire ... 39

5. Modifier un profil utilisateur 41

5.1. Le changement de carte PS ... 41
5.2. Indiquer un n° de facturation par défaut ... 43

6. Créer un dossier patient 45

6.1. A l'aide d'une carte Vitale ... 45
6.2. Sans carte Vitale ... 46

7. Modifier un dossier patient 49

7.1. Définir le médecin traitant ... 49
7.2. Mise à jour du dossier depuis la carte Vitale ... 50

7.2.a. Mise à jour automatique 50
7.2.b. Mise à jour manuelle 52
7.3. Lier un patient à plusieurs assurés 53
7.4. Fusion de dossiers patients 53
7.5. Définir le payeur d'un patient 54

8. Créer une Facture sécurisée 55

8.1. Description des écrans 55
8.1.a. Présentation du Visualisateur 55
8.1.b. Présentation du 1er écran de création de la facture 57
8.1.c. Présentation du 2ème écran de création de la facture 61
8.2. Lecture des cartes CPS et Vitale 70
8.3. Définir la situation du parcours de soins 71
8.3.a. Pour un patient hors dispositif (moins de 16 ans, migrant…) 71
8.3.b. Pour un patient en urgence 71
8.3.c. Pour un patient dont vous êtes le Médecin Traitant 72
8.3.d. Pour un patient envoyé par son Médecin Traitant 72
8.3.e. Pour un patient envoyé par un autre médecin que son Médecin Traitant 72
8.3.f. Pour un patient dans le cadre de l'accès direct 73
8.3.g. Pour un patient hors résidence 73
8.3.h. Si vous êtes généraliste récemment installé(e) 73
8.3.i. Si vous exercez en zone sous-médicalisée 73
8.3.j. Pour un patient n'ayant pas de Médecin Traitant 74
8.4. Créer une FSE simple (sans tiers payant) 74
8.5. Créer une FSE à l'aide des raccourcis clavier 75
8.6. Créer une FSE avec CMU 76
8.7. Créer une FSE en tiers payant complet 77
8.7.a. Le numéro de mutuelle est inscrit sur la carte Vitale 77
8.7.b. Le numéro de mutuelle n'est pas inscrit sur la carte Vitale 79
8.8. Créer une DRE en tiers payant (Demande de Remboursement Electronique) 81
8.8.a. FSE et DRE en tiers payant 81
8.8.b. DRE en tiers payant 83
8.9. Créer une FSE pour un Accident du Travail (AT) 86
8.10. Créer une FSE en ALD (Affection Longue Durée) 89
8.10.a. Carte Vitale à jour 89
8.10.b. Carte Vitale non à jour 90
8.11. Créer une FSE avec le PAV (Participation Assuré en Ville) 92
8.12. Créer une FSE en AME (Aide Médicale de l'Etat) 94
8.13. Gérer une série d'actes 95
8.13.a. Créer une série d'actes 95
8.13.b. Enrichir une série d'actes 96
8.13.c. Terminer une série d'actes 97
8.14. Maternité 97

9. Les autres modes de facturation 99

9.1. Dégradé 99
9.2. Remplaçant 100
9.3. Exécutant 101
9.4. Désynchronisé 102
9.4.a. Réaliser une feuille de soins désynchronisée 102
9.4.b. Sécuriser les FS désynchronisées 103
9.5. Papier 104

10. Les compléments de facturation 107

10.1. Sur les actes NGAP 107
10.1.a. Actes NGAP : facturer nuit, Dimanche et férié, Urgence… 107
10.1.b. Changer le tarif d'un acte 107
10.1.c. Créer un nouvel acte 108
10.2. Sur les actes CCAM 109
10.2.a. Ajouter des codes associations 109
10.2.b. Indiquer un remboursement exceptionnel 110
10.2.c. Actes CCAM : indiquer nuit, urgence… 110
10.3. Facturer un DA, un DM ou un DE 111

11. Gérer les favoris d'actes 113

11.1. Description des écrans 113

11.1.a. La gestion des favoris 113
11.1.b. Ajout d'un favori dans une famille 114
11.2. Ajouter une famille de favori 115
11.3. Ajouter une sous-famille de favoris 115
11.4. Ajouter un favori d'acte 115
11.5. Ajouter les actes de la facture en favori 116
11.6. Modifier un favori 116
11.7. Supprimer un favori 116
11.8. Dupliquer un favori 116
11.9. Mettre un favori par défaut 117
11.10. Utiliser un favori d'acte 117
11.11. Supprimer une famille 117
11.12. Renommer une famille 117
11.13. Classer l'ordre des familles et des favoris 118
11.14. Importer et exporter une famille de favoris 118
11.15. Rendre publique une famille 119
11.16. Importer une famille publique dans les favoris personnels 119

12. Paramétrer les Préférences 121

12.1. Saisir les réglages praticien 121
12.2. Gérer les favoris d'actes 123
12.3. Gérer les actes NGAP 123
12.3.a. Description des écrans 123
12.3.b. Ajouter un acte 125
12.3.c. Modifier un acte 125
12.3.d. Supprimer un acte 125
12.3.e. Ajouter un tarif à un acte 126
12.3.f. Modifier un tarif d'un acte 126
12.3.g. Supprimer un tarif d'un acte 126
12.4. Gérer les tables des conventions 126
12.4.a. Description des écrans 126
12.4.b. Rechercher une convention 130
12.4.c. Créer une convention en gestion unique 130
12.4.d. Créer une convention en gestion séparée 131
12.4.e. Modifier une convention 131
12.4.f. Supprimer une convention 131
12.4.g. Mettre à jour la table des conventions à partir de fichiers normés 132
12.4.h. Ajouter un émetteur de confiance 132
12.4.i. Supprimer un émetteur de confiance 132
12.5. Paramétrer la télétransmission 132
12.5.a. Description de l'écran 132
12.5.b. Paramétrer une connexion RSS 133
12.5.c. Paramétrer une connexion Wanadoo Santé 134
12.5.d. Paramétrer une connexion Internet 134

13. Gestion des recettes 135

13.1. Dans le cas d'une liaison AxiSanté 4 – AxiAM 135
13.2. Pour les utilisateurs AxiCompta 135
13.3. Descriptions des écrans 135
13.3.a. Recette 135
13.3.b. Liste des règlements 138
13.3.c. Brouillard des recettes 139
13.3.d. Journal des actes 140
13.3.e. Liste des impayés 141
13.3.f. Liste des NOEMIE & rapprochement TP 142
13.3.g. Rapprochement manuel 144
13.3.h. Journal des Tiers Payants 145
13.3.i. Transfert des règlements 146
13.3.j. Liste des régularisations et forfaits 147
13.3.k. Recettes TLA 148
13.3.l. Le Visualisateur, onglet Recettes 149
13.3.m. Les préférences 149
13.4. Le règlement 152
13.4.a. Suite à une Facture électronique 152
13.4.b. Suite à un retour NOEMIE 153
13.4.c. Libre 153
13.4.d. Partiel 153
13.4.e. Multiples 154

13.4.f. Autre recette : patient de passage 154
13.4.g. Autre recette : Règlement Organisme....154
13.5. Les impayés....154
13.5.a. Créer un impayé....154
13.5.b. Ajouter un règlement à une recette....155
13.5.c. Générer un impayé définitif....155
13.6. Les rétrocessions....155
13.6.a. Créer un Tiers Payeur avec rétrocession....155
13.6.b. Créer une recette avec rétrocession....156
13.6.c. Valider un règlement avec rétrocession....156
13.7. La suppression....156
13.7.a. D'une recette....156
13.7.b. D'un règlement....157
13.8. Le transfert des recettes....157
13.8.a. Transférer les recettes....157
13.8.b. Repasser un transfert....157
13.9. Personnalisation des listes....158
13.9.a. Personnaliser les colonnes d'une liste....158
13.9.b. Réinitialiser toutes les colonnes des listes....158

14. Imprimer 159

14.1. Paramétrage....159
14.1.a. Imprimante....159
14.1.b. Ticket papier par défaut....161
14.1.c. Impression avec ou sans entête....161
14.2. La liste des Factures....161
14.3. Duplicata, ticket papier, bon d'examen...162

15. Utiliser un lecteur TLA 163

15.1. Paramétrage du lecteur TLA....163
15.2. Déchargement d'une facture....164

16. Télétransmettre et gérer les retours 167

16.1. Télétransmettre....167
16.2. Visualiser les ARL....168
16.3. Traiter les NOEMIE....169
16.4. Suspendre l'envoi d'une facture....170
16.5. Supprimer une facture....170

17. Archiver les factures 173

17.1. Description de l'écran....173
17.2. Lancer un archivage manuellement....173
17.3. Visualiser et imprimer une facture archivée....174
17.4. Paramétrer l'archivage des factures....174

18. La mise à jour en ligne 175

18.1. Le paramétrage de la mise à jour automatique....175
18.2. La détection d'une nouvelle mise à jour....175
18.3. Le téléchargement de la mise à jour....175
18.4. L'application de la mise à jour....176

19. Mes outils au quotidien 177

19.1. Saisir une date....177
19.2. Le rapport technique Eurekalog....178

20. Pour en savoir plus 179

20.1. Les différents acteurs....179
20.2. Les flux du réseau de messagerie....179
20.3. Gestion unique ou séparée des parts obligatoires et complémentaires....180
20.4. Les modes de sécurisation....181

1. Les nouveautés

Evolution règlementaires

Intégration de l'Addendum 3 au Cahier des charges 1.40 intégrant les 4 spécialités suivantes :

- Réanimation médicale (code20)
- Gériatrie (code 34)
- Gynécologie obstétrique et gynécologie médicale (code 79)
- Santé publique et médicale sociale (code 80)

Mise à jour de la base des actes CCAM version 15 (actes QZNP007 et HGQD002).

Mise à jour des fournitures SESAM Vitale version 22.

Intégration de la base des organismes obligatoires 3.20

Mise à jour de la table des conventions version 1.12 (organismes complémentaires).

Mise à jour du taux UNCAM à 40% (permettant le calcul de part à la charge du patient dans le cas « Hors parcours de soins », le calcul est plafonné à 10 € par acte).

Nouveau tarif du PMSS à 2859 €.

Intégration des fiches réglementaires :

- FR 62 : actes CRS et VRS
- FR 65 : acte VDC
- FR 67 : exclusion des actes CST, STH, KTH, THR du parcours de soins et YYYY187 dès lors qu'il est effectué dans le cadre d'un dispositif de prévention
- FR 41v6 : la Participation Assuré (PAV) est autorisée pour les chirurgiens-dentistes (spécialité 19)

Administratif

Synchronisation des informations CPS avec archivages des anciens n°Adéli ou RPPS, ainsi que des situations de facturations voir Le changement de carte PS. Possibilité de relève des messages des situations archivées.

Dans l'écran « Situation de facturation », sélection de la localisation d'exercice afin d'affecter le bon tarif métropole, Réunion-Guyane, Antilles ou Mayotte voir Situation de facturation du professionnel.

Pour les praticiens ayant installé les fournitures Cryptolib de l'Historique des Remboursement (HDR), un message s'affichait au démarrage d'AxiAM précisant que les API installées n'étaient pas dans la version attendue par AxiAM. Sachant que les API CPS 5.04 de l'HDR sont compatibles avec les API installées par AxiAM, la notification de différence de version s'affiche désormais simplement à titre informatif dans une fenêtre surgissante (toujours non bloquante).

Navigateur

Possibilité d'effectuer une synchronisation des données de la carte Vitale avec un dossier patient, directement à partir du Navigateur voir Mise à jour manuelle.

Facturation

Si la Carte Vitale possède une ancienne CMU, mais pas de période en carte ou avec des droits fermés, l'écran de choix de la CMU est grisé (évolution liée à l'addendum 2bis au CDC) : afin d'aider l'utilisateur dans sa pratique, ajout d'un message "Les droits complémentaires sont fermés en carte Vitale, si vous souhaitez forcer ces droits, veuillez choisir le justificatif utilisé".

Gestion des favoris

Possibilité d'import / Export des familles de favoris voir Importer et exporter une famille de favoris.

Possibilité de créer des sous-familles de Favoris dans les familles et sous-familles existantes voir Ajouter une sous-famille de favoris.

Possibilité de dupliquer un favori voir Dupliquer un favori.

Journaux

Journal des factures et Gestion des lots : Possibilité de filtrer les journaux par type de tiers-payant voir Visualiser les ARL.

Journal des NOEMIE : Possibilité d'effectuer des tris dans la liste des retours NOEMIE.

Télétransmission

Dans l'onglet Télétransmission des factures, au clic sur les boutons "Mettre en lots", "Recevoir et traiter" et "Transmettre", si le paramétrage de connexion n'est pas renseigné, le message qui s'affiche vous permet d'accéder directement à l'onglet "Paramètres de connexion" des Préférences / Feuille de soins.

A partir de 10 lots à réémettre sur 2 jours minimum, affichage d'un message d'alerte suite à la télétransmission.

Affichage d'une page de communication Axilog dans le compte-rendu de télétransmission.

Paramétrages

Outils de détection automatique des lecteurs accessible dans l'Assistant de création d'un nouveau praticien, dans le paramétrage des lecteurs ainsi que dans le Navigateur (clic droit sur le bouton « Lecteur ») voir Détection / paramétrage lecteur.

La mise à jour du tarif d'un acte NGAP (Module Préférences / onglet Actes NGAP) propose la mise à jour de ce tarif, s'il existe, dans la liste des tarifs de référence du Parcours de soins (menu Paramètres / Poste de travail AxiAM / Tables règlementaires / Onglet Tarifs de référence), et inversement.

Archivage des feuilles de soins

Possibilité d'archiver les factures de plus de 90 jours selon les préférences de l'utilisateur. Possibilité de les visualiser et de les réimprimer voir Archiver les factures.

Lecteur TLA

Lors du déchargement des données TLA, amélioration de la recherche patient pour synchronisation des données bénéficiaires voir Déchargement d'une facture. Génération automatique des recettes issues des factures déchargées dans le module Gestion des recettes.

Compatibilité avec la nouvelle version logicielle des lecteurs TLA (version 2.2x) intégrant la réforme Assurance Maladie (RAM).

Gestion des recettes

Ajout de la fonction création des recettes issues d'un TLA voir Recettes TLA.

Ajout des totaux sur la dernière page pour la liste des règlements.

Possibilité, depuis la fenêtre « Rapprochement manuel », de cumuler en un seul règlement les remboursements d'organismes différents (part obligatoire et part complémentaire).

2. AxiAM 1.40

2.1. A propos de ce document

Ce document vous permet d'obtenir des explications pour l'utilisation du logiciel de télétransmission AxiAM 1.40.

Ce document contient aussi un chapitre Sauvegarder vos données : nous vous conseillons vivement de le lire et d'effectuer le paramétrage de votre sauvegarde en fonction de l'utilisation de votre poste de travail. Vous y trouverez également un chapitre sur la mise à jour en ligne de votre logiciel AxiAM 1.40 ainsi qu'un chapitre sur les outils d'accompagnement.

Le dernier chapitre de ce document vous permet de découvrir l'environnement de la télétransmission.

2.2. Les pré-requis

AxiAM est compatible uniquement avec les versions supérieures ou égales à :

- Windows XP SP2
- Windows 2000 SP4
- Windows 2003 SP2
- Windows Vista

Configuration monoposte recommandée :

Pentium IV ou équivalent, Microsoft® Windows 2000 SP4, RAM 512 Mo ou Microsoft® Windows XP Pro SP2, RAM 1024 Mo.

Configuration monoposte minimum requise :

Pentium III ou équivalent, Microsoft® Windows 2000 SP4, RAM 256 Mo ou Microsoft® Windows XP Pro SP2, RAM 512 Mo.

Configuration réseau :

Nous vous invitons à prendre conseil auprès de votre partenaire de proximité du réseau agréé Axilog (www.axilog.fr/reseau)

Compatibilité Windows Vista :

Nos logiciels contenus dans cette mise à jour fonctionnent sous Windows Vista. **Néanmoins** nous vous recommandons de **vérifier que vos périphériques** telles que vos imprimantes, lecteur de carte CPS et Vitale, scanner… **soient compatibles également** avec Windows Vista.

L'affichage minimal requis est 1024 x 768 pixels. **L'affichage recommandé** est 1280 x 1024 pixels.

L'utilisation du logiciel nécessite une maîtrise minimale de l'environnement Windows 2000 ou XP.

Nous vous encourageons à vous former dans ce domaine, sachant qu'il existe de nombreux ouvrages et CD Rom traitant du sujet de façon complète.

2.3. Nous contacter

Par téléphone :

N°Commercial : 0 825 01 33 33 (0,15€ TTC/mn)

N° Technique : 0 899 230 210 (1,35€ TTC/Appel puis 0.34 TTC/mn)

Par fax :

04 99 51 33 02

Rechercher votre interlocuteur de proximité :

http://www.axilog.fr/Reseau/cartereseau.asp

Par courrier :

Adresse postale : Société Axilog 59A avenue de Toulouse CS35014 34076 Montpellier Cedex 3

Le support technique : support@axilog.fr

Le service facturation : facturation@axilog.fr

Le service documentation : documentation@axilog.fr

Consulter :

Notre site : www.axilog.fr

Le forum utilisateur : http://forums.axilog.fr/forums/

2.4. Utiliser l'aide électronique

Rechercher un mot-clé

- Cliquez sur

.
- Saisissez le mot recherché dans la zone de saisie.
- Cliquez sur

.
- Double-cliquez sur la page voulue dans la liste, à gauche, pour l'afficher à droite.

Mémoriser des pages en favoris

- Affichez la page à mémoriser.
- Cliquez sur pour l'ajouter aux favoris.

Consulter des pages en favoris

- Cliquez sur

pour afficher la liste, à gauche.
- Double-cliquez sur la page pour la consulter.

Naviguer dans les chapitres de l'aide

- Cliquez sur

pour afficher l'arborescence des chapitres à gauche.
- Cliquez sur un chapitre ou une page à gauche pour consulter son contenu dans la partie droite.

  Indique un chapitre comportant des sous-chapitres. Pour accéder à ces derniers, cliquez sur le livre.

  Indique un chapitre dont les sous-chapitres sont affichés. Pour les masquer, cliquez sur le livre.

  Indique une page, sans sous-chapitre qui suit.
- Utilisez les flèches pour afficher la page qui précède ou qui suit celle qui est en cours d'affichage. Ici, la notion de Précédent et Suivant correspond à l'organisation complète de l'aide.
- Utilisez les flèches de votre navigateur (précédent/suivant) pour revenir à la page affichée précédemment ou passer à celle déjà affichée. Ici la notion de Précédent et Suivant correspond à l'ordre d'affichage des pages dans l'aide. Cliquez sur les liens situés à la fin de chaque page (Articles suivants)

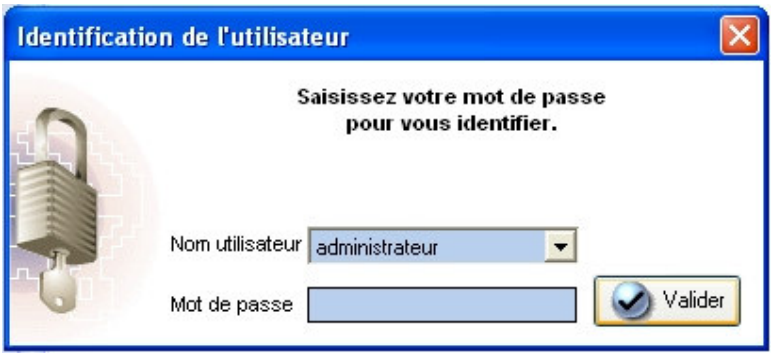
2.5. Premiers gestes

Cette rubrique décrit les actions essentielles que vous effectuerez lors des premières utilisations de votre logiciel. Ces actions sont les suivantes :

- créer un praticien à la 1ère ouverture du logiciel,
- s'identifier à l'ouverture du logiciel,
- créer un dossier patient à partir de la carte Vitale,
- créer la première facture,
- valider le règlement.

2.5.a. Créer un praticien à la 1ère ouverture du logiciel

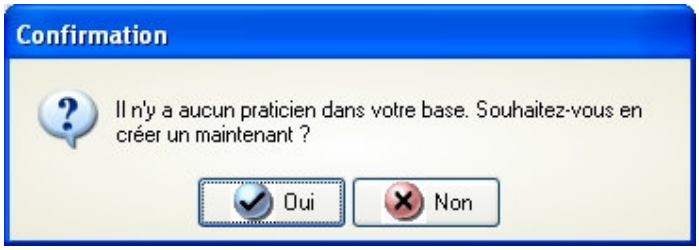
A la 1ère ouverture du logiciel, la fenêtre d'identification comporte un seul profil, l'administrateur :



› Cliquez sur

.

Un message vous informe alors qu'aucun praticien n'est créé :



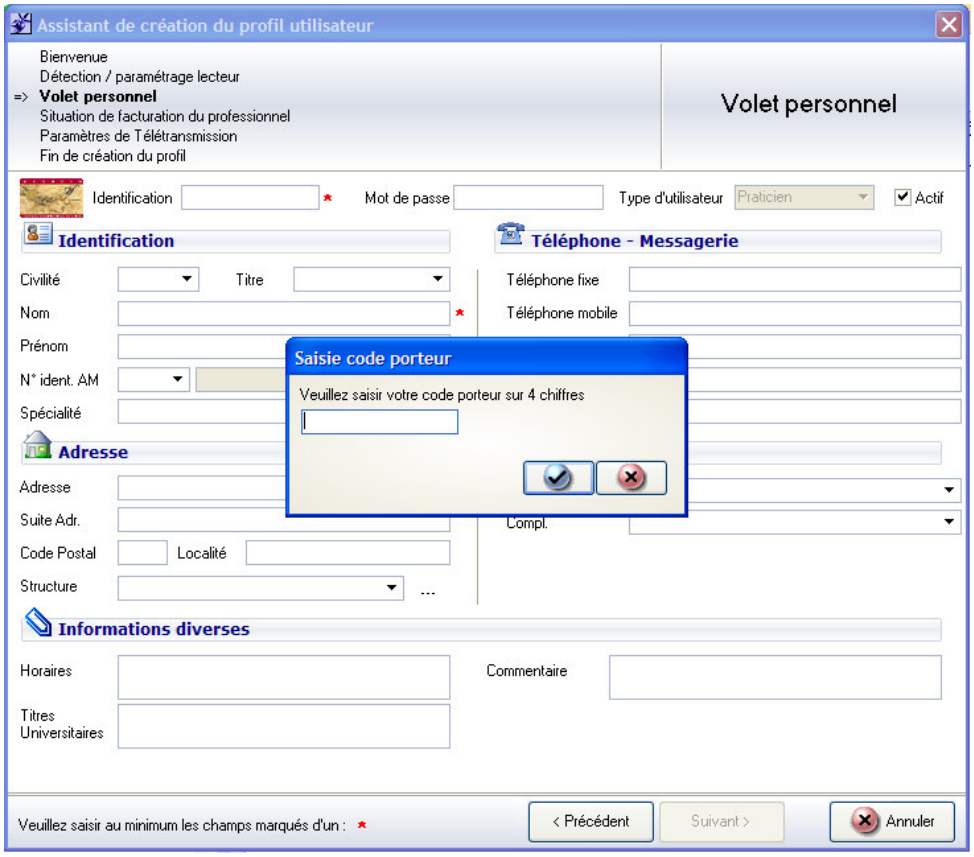
› Cliquez sur **Oui** pour créer votre profil.

Auparavant, assurez-vous d'avoir votre lecteur de carte connecté avec votre CPS insérée.

Munissez-vous de vos codes de connexion à votre fournisseur d'accès Internet et de vos identifiants de boite aux lettres FSE.

Pour plus de détails sur la connexion de votre lecteur, reportez-vous au chapitre Détection / paramétrage lecteur.

La fenêtre suivante s'affiche :



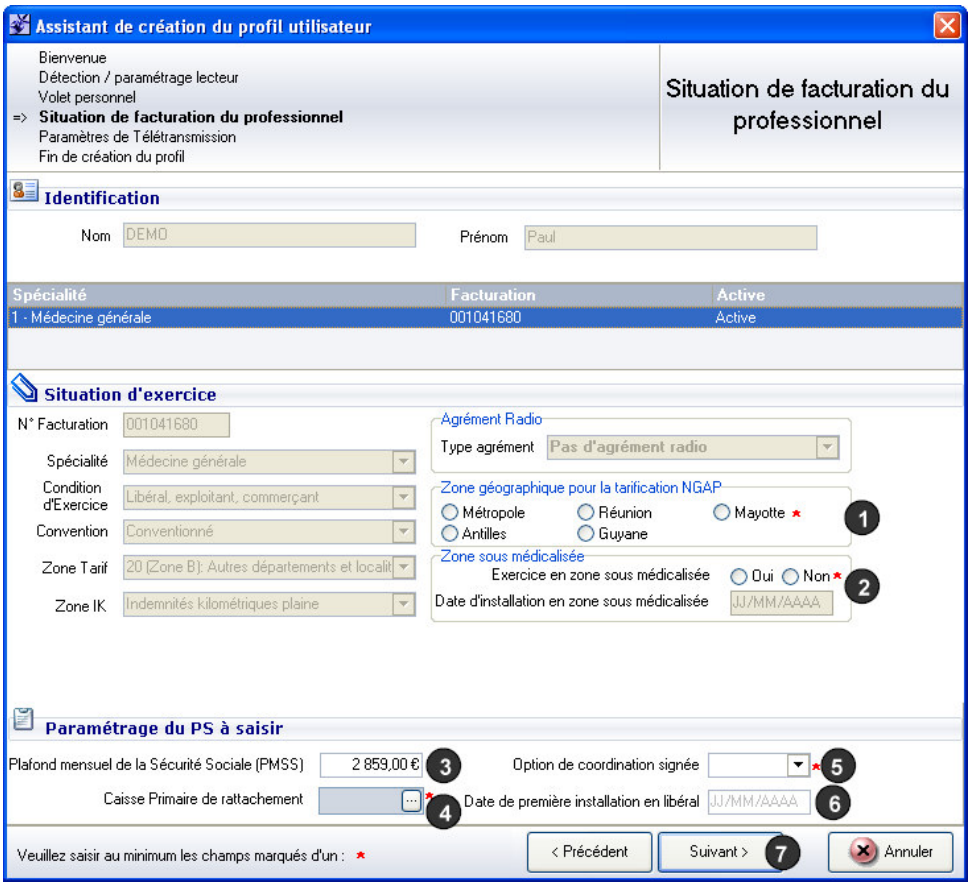
- Cliquez sur pour lire votre CPS.
- Saisissez le code de votre carte CPS afin de vous identifier.
- Cliquez sur pour valider votre saisie.

Plusieurs champs sont remplis automatiquement à partir des informations de la CPS.

- Complétez la zone adresse afin de voir apparaître vos coordonnées dans vos futures impressions.
- Saisissez un mot de passe pour sécuriser l'accès à votre logiciel.
- Cliquez sur

pour continuer.

L'écran de situation de facturation du professionnel s'affiche :



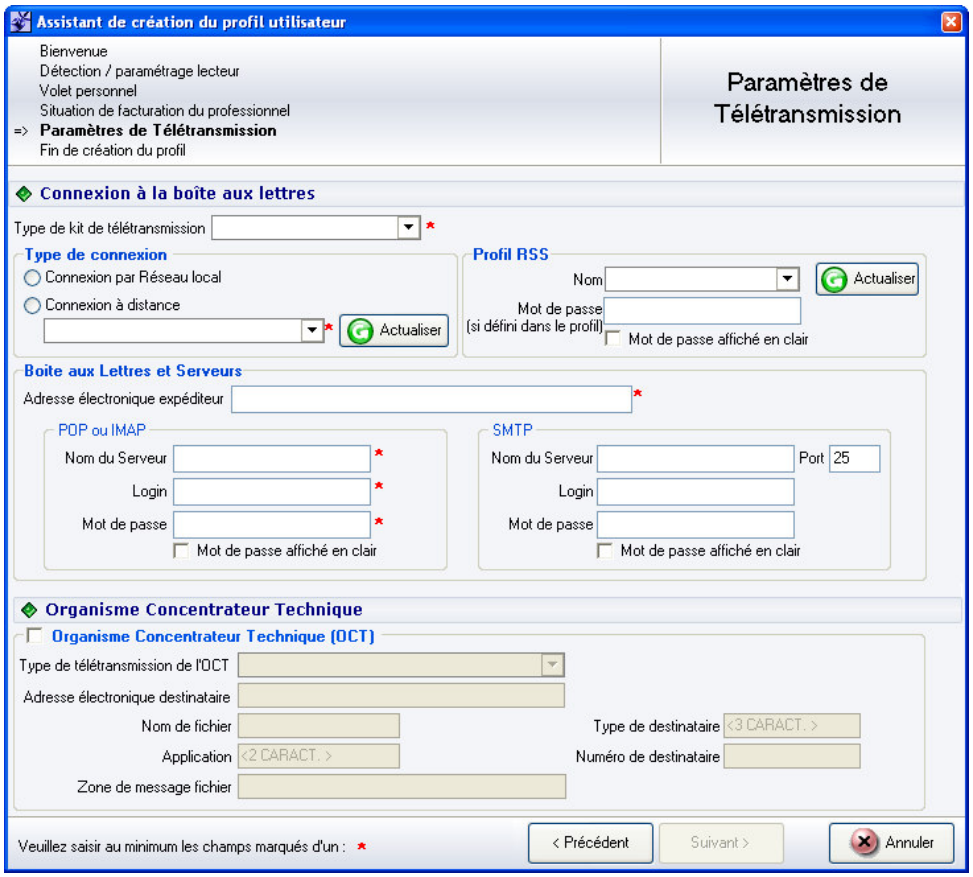
Les informations contenues dans votre CPS apparaissent, et sont non modifiables. Il vous faut renseigner les rubriques Situation d'exercice et Paramétrage du PS à saisir :

- 1 Sélectionnez le bouton radio pour préciser la localisation d'exercice afin d'affecter le bon tarif des actes NGAP (Métropole, Réunion, Mayotte, Antilles ou Guyane).
- 2 Sélectionnez le bouton radio pour précisez si vous exercez en zone sous médicalisée. Si vous répondez oui, saisissez la date d'installation en zone sous médicalisée.
- 3 Modifiez, si besoin est, le montant du Plafond mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS), pour l'année 2009 celui-ci est de 2859,00 €. Pour plus de renseignement consulter le site de l'Assurance Maladie à l'adresse http://www.ameli.fr/.
- 4 Cliquez sur afin de renseigner votre Caisse Primaire de rattachement. Sélectionnez votre caisse dans la fenêtre qui s'ouvre et cliquez sur le bouton Valider.
- 5 Renseignez le champ Option de coordination signée (Oui ou Non) en cliquant sur la flèche noire en bout de zone. Si cette option est signée, vous pourrez facturer les dépassements maitrisés.

› 6 Renseignez la Date de première installation en libéral si vous êtes généraliste et, si celle-ci est inférieure à 5 ans, de manière à automatiser la sélection de la situation du parcours de soins Généraliste récemment installé(e) lors de la création d'une facture.

› 7 Cliquez sur Suivant >.

L'écran de paramètres de télétransmission s'affiche :



› Choisissez votre Type de kit de télétransmission.

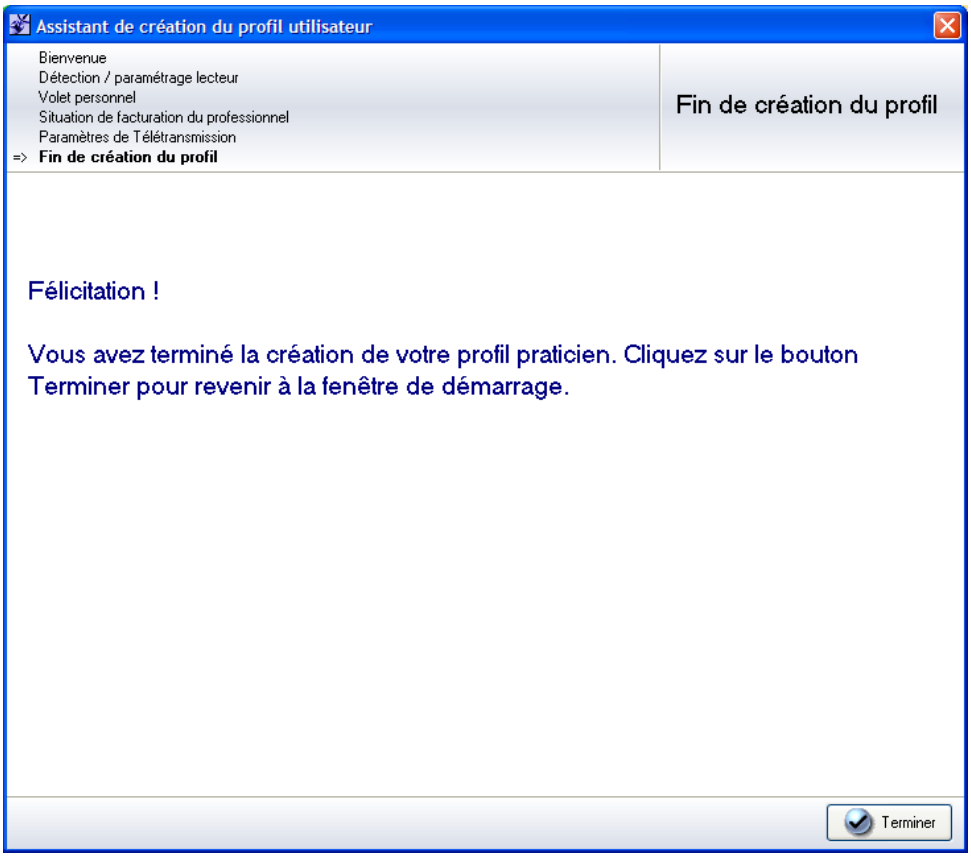
› Renseignez le Type de connexion que vous utilisez : Connexion par Réseau local ou Connexion à distance.

› Renseignez les champs nécessaires (suivi de l'icône *) à l'aide des informations fournies par votre Fournisseur d'accès Internet.

› Cliquez sur Suivant >.

Pour plus de détails, reportez-vous au chapitre Paramètres de télétransmission.

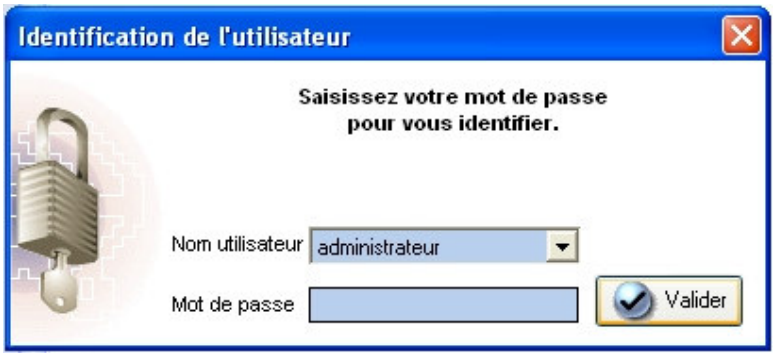
La création du praticien est maintenant terminée :


Assistant de création du profil utilisateur
Bienvenue
Détection / paramétrage lecteur
Volet personnel
Situation de facturation du professionnel
Paramètres de Télétransmission
=> Fin de création du profil
Fin de création du profil
Félicitation !
Vous avez terminé la création de votre profil praticien. Cliquez sur le bouton Terminer pour revenir à la fenêtre de démarrage.
Terminer

› Cliquez sur

.

Vous revenez sur la fenêtre Identification de l'utilisateur :



Vous pouvez maintenant commencer à saisir des informations.

2.5.b. S'identifier à l'ouverture du logiciel

L'ouverture du logiciel affiche une fenêtre intitulée **Identification de l'utilisateur** :

L'administrateur dispose de tous les droits et de tous les accès. Il est le seul à accéder à la fenêtre **Administration**, permettant de déclarer les futurs intervenants.

Pour lancer le logiciel avec votre profil :

- Sélectionnez votre profil nouvellement créé, en cliquant sur la flèche noire en bout de zone.
- Saisissez votre mot de passe.
- Cliquez sur Ouvrir la session.

Le logiciel s'ouvre sur le navigateur à partir duquel vous allez pouvoir créer les dossiers patients et réaliser les feuilles de soins. Afin de réaliser des feuilles de soins sécurisées, vous devez maintenant effectuer une lecture de votre CPS. Cette opération est à effectuer une seule fois au démarrage du logiciel ou après insertion de la carte CPS dans le lecteur.

- Cliquez sur

dans la barre de menu du navigateur.
- La fenêtre suivante s'ouvre :

- Saisissez votre code porteur.
- Cliquez sur .

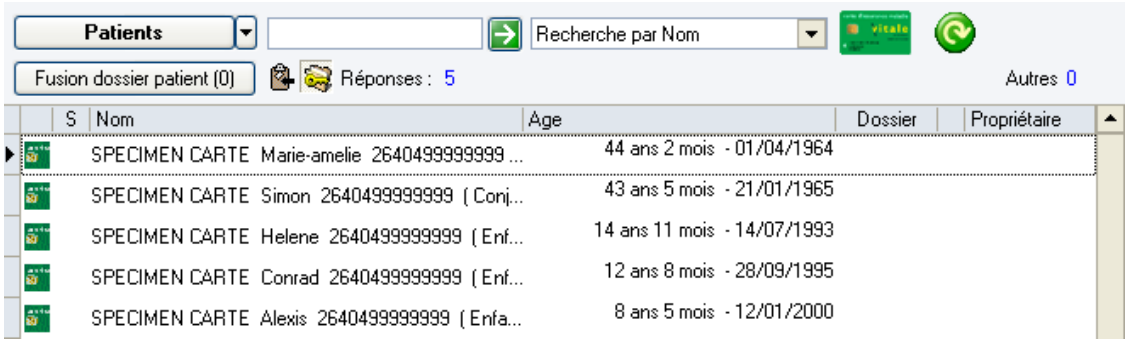
La diode jaune à droite du bouton d'Identification CPS devient bleue, vous êtes maintenant prêt à créer de nouveaux dossiers patients et réaliser des feuilles de soins sécurisées.

2.5.c. Créer un dossier patient à partir de la carte Vitale

Après vous être identifié, vous pouvez créer les dossiers patients à partir de leur carte Vitale de la manière suivante :

- Cliquez sur depuis le navigateur.

La liste des bénéficiaires contenus sur la carte est affichée :



L'icône indique les patients dont le dossier est à créer.

- Double-cliquez sur le bénéficiaire souhaité pour le sélectionner.

Un nouveau dossier patient s'ouvre, prérempli à partir des informations contenues en carte Vitale :

- Nom
- Prénom
- Date de naissance
- Informations sur l'assurance maladie (N° d'immatriculation, Organisme obligatoire ...)

- Saisissez les informations complémentaires souhaitées (adresse, numéro de téléphone).
- Cliquez sur

pour enregistrer le dossier.

Vous êtes maintenant prêt à créer votre première facture électronique sécurisée.

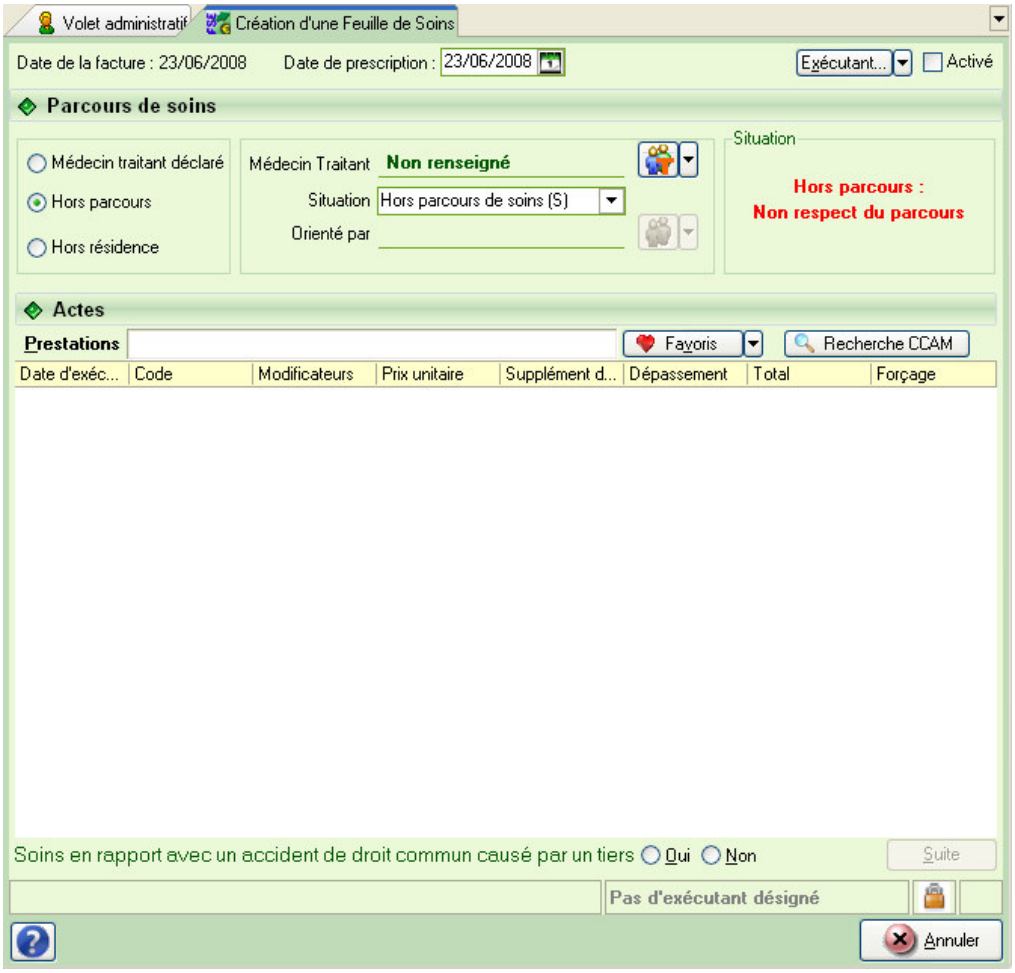
2.5.d. Créer la première facture

Pour réaliser une feuille de soins sécurisée, vous devez vous être identifié grâce à votre CPS et avoir effectué une lecture de la carte Vitale du patient comme décrit dans les chapitres précédents. Réalisez ensuite les opérations suivantes pour une feuille de soins électronique sans Tiers-Payant, pour un patient dont vous êtes le médecin traitant :

› Cliquez sur

depuis le dossier patient pour ouvrir une nouvelle facture.

Le premier écran de création d'une Feuille de Soins s'ouvre :



Définition du parcours de soins

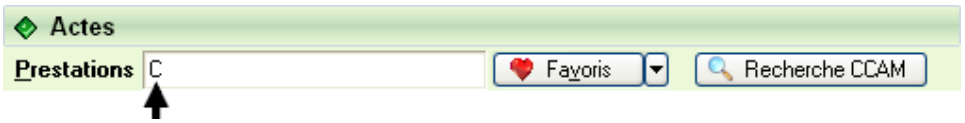
› Cliquez sur pour ouvrir le menu contextuel.

› Sélectionnez Je suis le médecin traitant de ce patient.

La situation du parcours de soins est automatiquement calculée : Médecin traitant.

Retrouvez les autres cas de situations de parcours de soins à la rubrique Définir la situation du parcours de soins.

Définition des actes effectués



› Saisissez dans le champ Prestations la liste des actes effectués, dans notre exemple nous avons réalisé une consultation : C.

› Répondez ensuite à la question en bas de l'écran : Soins en rapport avec un accident de droit commun causé par un tiers ?

› Cliquez sur Suite, qui est maintenant activé, pour passer au deuxième écran de création d'une Feuille de Soins.

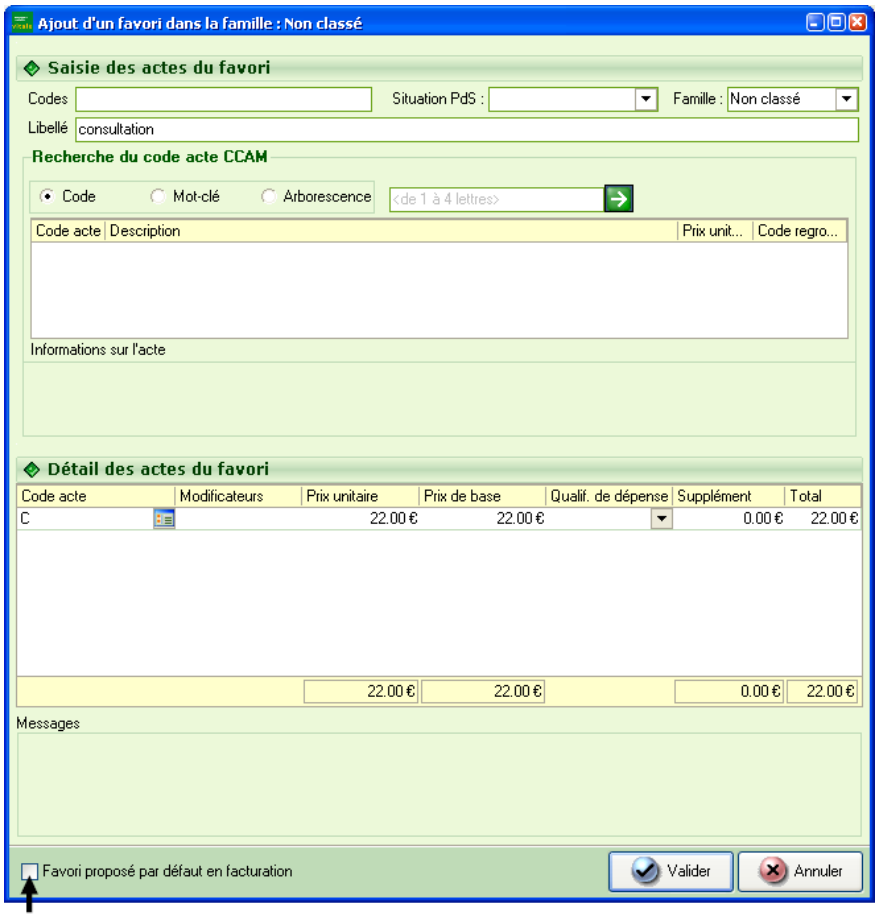
Définition du cadre de remboursement et des exonérations

Ne pratiquant pas de Tiers-Payant et n'ayant pas d'exonération particulière pour cette facture, aucune action de votre part n'est nécessaire.

Ajout de l'acte en favoris

Afin de réaliser rapidement vos prochaines Feuille de soins, vous pouvez ajouter les actes saisis en favoris :

› Cliquez sur Ajouter en favori pour ouvrir la fenêtre d'Ajout d'un favori.



› Cochez la case Favori proposé par défaut à la facturation pour que les actes de ce favori soient automatiquement proposés dans le champ Prestations aux prochaines factures.

› Cliquez sur Valider pour enregistrer le favori.

Validation de la facture.

Le montant à régler par le patient est affiché en bas de l'écran, dans notre exemple 22.00€.

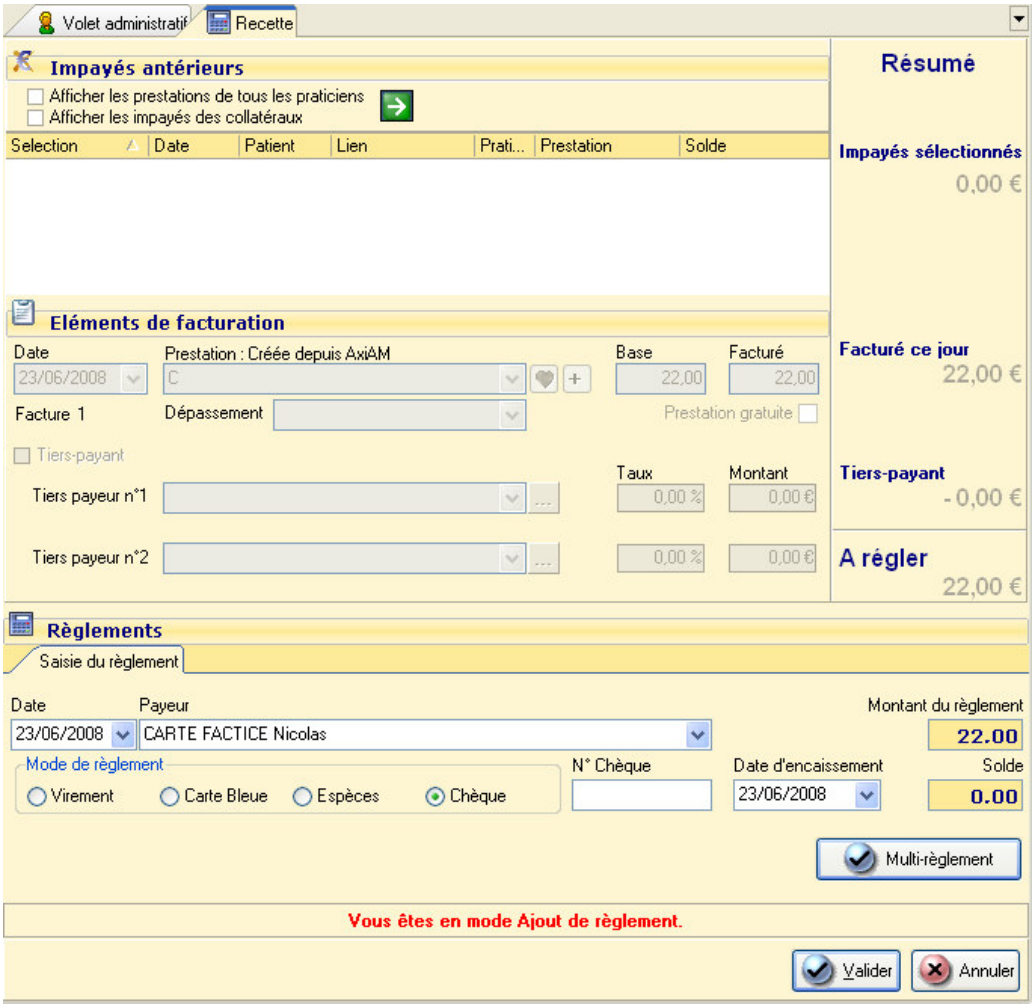
› Cliquez sur Valider.

La facture est sécurisée avec votre CPS et la carte Vitale du patient, présentes dans le lecteur. Elle peut maintenant être télétransmise (voir Télétransmettre).

L'écran de création d'une recette s'ouvre après la validation de la facture.

2.5.e. Valider le règlement

Les éléments de facturation sont automatiquement remplis à partir des informations saisies à la création de la feuille de soins. Le montant total A régler est indiqué à droite de l'écran.



- Sélectionnez le Mode de règlement en bas de l'écran.
- Saisissez au besoin le N° Chèque et la Date d'encaissement.
- Cliquez sur

pour enregistrer la recette.

Vous pouvez retrouver le règlement dans l'onglet Gestion des recettes du navigateur en cliquant sur

.

3. Sauvegarder vos données

3.1. Informations importantes

L'outil de sauvegarde AxiDBSafe, installé avec votre logiciel, permet :

La sauvegarde de plusieurs types de fichiers

1. Bases de données

   - Ce système pourra être utilisé pour sauvegarder les bases de données de type FIREBIRD, fichiers ayant pour extension *.fdb (AxiSanté 5, InfanSoft, AxiAM 1.40, AxiPlanning V2) et les bases de données de type OMNIS fichiers ayant pour extension *.df* (AxiSanté 4, AxiAM 1.39, AxiCompta).

   - **Pour les fichiers de données de type FIREBIRD :**
     - Lors de l'action de sauvegarde, un traitement propre au serveur de base de données FIREBIRD est appelé pour effectuer un « back-up » ou « sauvegarde ». Un système transactionnel va gérer la cohérence et l'intégrité de la base de données sauvegardée.
     - La base de données sauvegardée est unique. Elle est définie à l'installation et ne pourra pas être modifiée par l'utilisateur.
     - Ce système permet la **sauvegarde** de la base de données alors que **le logiciel est ouvert** et en cours d'utilisation. A noter, les données sauvegardées seront celles présentes en début de processus.
   - **Pour les données de type OMNIS :**
     - La sauvegarde de la base de données doit se faire alors que le logiciel est fermé sur tous les postes. **Il est nécessaire de programmer la sauvegarde à un horaire où tous les ordinateurs sont éteints sauf le poste serveur qui doit rester allumé pour que la sauvegarde avec AxiDBSafe, puisse se faire.**

2. Autres fichiers annexes

   - Il est possible d'ajouter à cette sauvegarde d'autres types de fichiers annexes à la base de données, à partir du moment où ces derniers ne sont pas des bases de données (fichiers images, documents textes, tableur…).

Des actions de maintenance de votre base de données

- Outre une sauvegarde de la base de données et des fichiers annexes, AxiDBSafe effectue automatiquement une maintenance qui défragmente et optimise la base de données. Par défaut, ce processus s'effectue à 19 heures, chaque semaine. Vous pouvez paramétrer la fréquence et l'horaire. Pour qu'il s'enclenche, **il faut que le logiciel soit fermé, mais l'ordinateur allumé** ou le serveur dans le cadre d'une installation en réseau.

Ces actions de maintenance ne sont pas disponibles pour les produits OMNIS.

La restauration des bases de données si nécessaire

- La restauration des sauvegardes est disponible à partir de l'interface d'AxiDBSafe.

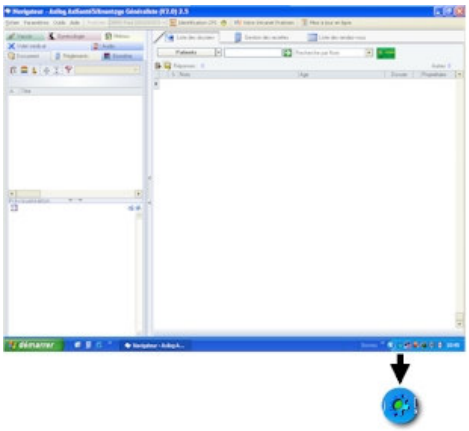
La réparation des bases de données si nécessaire

- Il est possible de lancer une opération de réparation de votre base de données à partir de l'interface d'AxiDBSafe.

Ces actions de réparation ne sont pas disponibles pour les produits OMNIS.

3.2. Ouvrir l'outil de sauvegarde / restauration

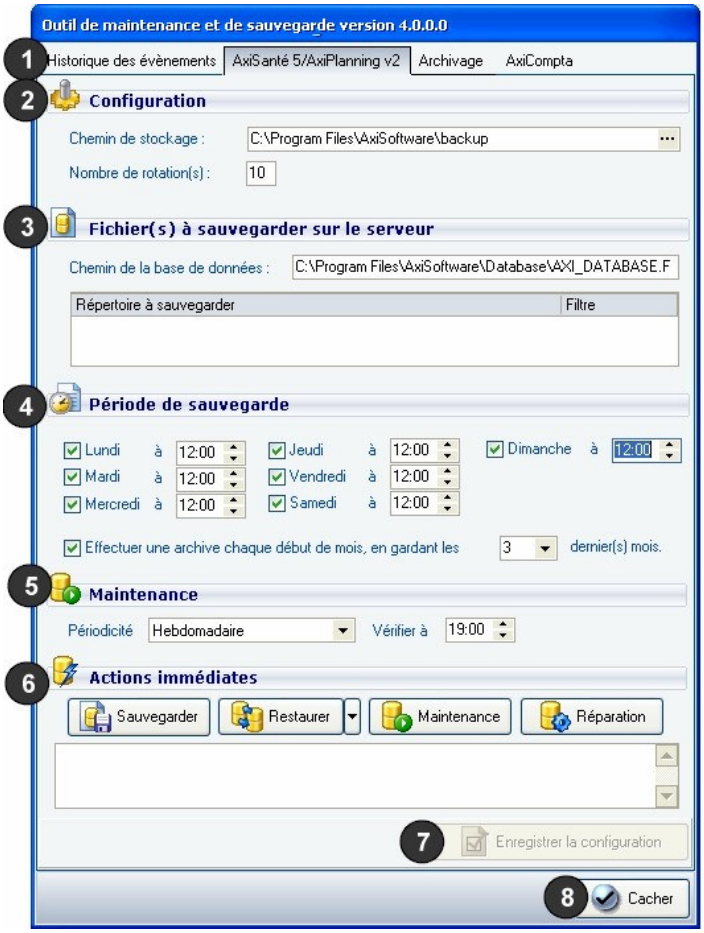
L'outil de maintenance et de sauvegarde, AxiDBSafe, se lance automatiquement au démarrage de votre logiciel de santé. Il est exécuté en fond de tâche, signalé par l'icône dans la barre des tâches de Windows, en bas à droite de l'écran :



Pour ouvrir le module, double-cliquez sur cet icône ou faites un clic droit et sélectionnez Paramètres... dans le menu qui s'affiche.

3.3. Présentation de la fenêtre

La fenêtre Outil de maintenance et de sauvegarde est composée de plusieurs parties :



1 Onglets Historique des évènements et différents onglets correspondant aux applications installées sur votre ordinateur Axisanté5, AxiSanté4, Comptabilité, … permettent de basculer du journal des évènements aux outils de paramétrage des différentes sauvegardes.

2 La zone Configuration permet de définir Le chemin du répertoire de stockage et Le nombre de rotations.

3 La zone Fichier(s) à sauvegarder sur le serveur permet de gérer Les fichiers à sauvegarder en plus de la base de données.

4 La zone Période de sauvegarde permet de définir La planification de la sauvegarde.

Il faut définir au minimum un jour de sauvegarde.

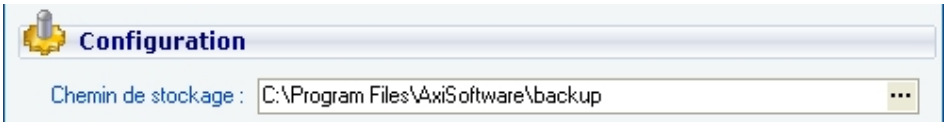
5 La zone Maintenance permet de définir la périodicité de La maintenance, action obligatoire de réparation de la base de données.

6 La zone Actions immédiates permet d'effectuer une sauvegarde manuelle, La restauration, une maintenance manuelle, La réparation.

7 Le bouton Enregistrer la configuration permet de mémoriser les modifications de la planification de la sauvegarde.

8 Le bouton Cacher fait disparaître la fenêtre, tout en gardant le service en fond de tâche.

3.4. Le chemin du répertoire de stockage



Le chemin de stockage correspond au **répertoire de stockage des sauvegardes**. Ce répertoire pourra être en local sur le poste serveur. **Il ne doit pas apparaître dans la liste des répertoires à sauvegarder.**

Pour le modifier, cliquez sur le bouton ... et choisissez le répertoire où seront enregistrées les copies de sauvegarde.

Par défaut, ce répertoire est **C:\Program Files\AxiSoftware\backup**.

IL est possible de configurer la sauvegarde afin qu'elle se fasse directement sur un support externe (disque dur externe, clef USB) de cette façon il ne sera pas nécessaire de faire une autre sauvegarde avec un autre outil du répertoire backup.

3.5. Le nombre de rotations

Le nombre de rotations correspond au **nombre de sauvegardes journalières conservées en plus de la sauvegarde du jour**. Dès que le nombre de sauvegarde atteint le maximum, la sauvegarde la plus ancienne est supprimée.

Voici un exemple sur une rotation de 3 jours :

Jour	**Nom du fichier**
Jeudi	Axixxxxx.zip
Mercredi	Axixxxxx.zip.1
Mardi	Axixxxxx.zip.2
Lundi	Axixxxxx.zip.3

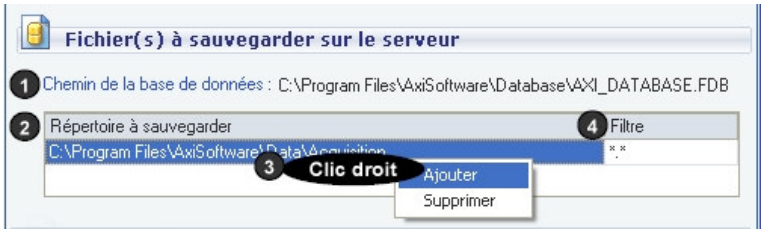
Le jour d'après nous obtenons :

Jour	**Nom du fichier**
Vendredi	Axixxxxx.zip
Jeudi	Axixxxxx.zip.1
Mercredi	Axixxxxx.zip.2
Mardi	Axixxxxx.zip.3

Le nom du fichier de sauvegarde est suffixé en fonction des produits comme suit :

- AXIDATABASE_x.x.x.x_x.x.x.x.zip pour la base de données AxiSanté 5, InfanSoft, AxiAM 1.40 et AxiPlanning V2.
- Axi4_x.x.x.x.zip pour la base de données AxiSanté 4.
- AxiCompta_x.x.x.x.zip pour les bases de données comptabilité.
- AXIARCHIVES_x.x.x.x.zip pour la base qui archive les feuilles de soin de plus de 90 jours d'AxiAM 1.40.

3.6. Les fichiers à sauvegarder



1 Le chemin de la base de données correspond au **fichier de base de données** (.fdb) à sauvegarder.

Par défaut ce fichier se trouve : **C:\Program Files\AxiSoftware\Database**.

Le chemin est défini automatiquement à l'installation du logiciel. Il n'est pas modifiable.

2 Les répertoires à sauvegarder sont des répertoires supplémentaires que vous désirez intégrer dans le processus de sauvegarde.

Les **répertoires ou fichiers à inclure dans vos sauvegardes :**

- Le répertoire Backup dans C:\Program Files\AxiSoftware
- Le répertoire UpdateFiles dans C:\Program Files\AxiSoftware\Update
- Le répertoire Piècesjointes dans C:\Program Files\ AxiSoftware\Data
- Le répertoire Acquisition dans C:\Program Files\ AxiSoftware\Data

Une base de données ne pouvant pas être sauvegardée correctement par une simple copie de fichiers, **les fichiers de type base de données présents dans ces répertoires (type df1, df2..., dfx, fdb) ne sont pas à inclure dans « Répertoire à sauvegarder ».**

3 **Pour ajouter un répertoire,** faites un clic droit et sélectionnez la fonction **Ajouter**.

Cliquez ensuite sur la zone supplémentaire qui apparaît, puis sur le bouton ... et choisissez le répertoire supplémentaire dans la fenêtre qui s'affiche.

Aucun répertoire choisi ne doit être identique au répertoire de stockage des sauvegardes, défini dans la zone Configuration (par défaut C:\Program Files\AxiSoftware\backup).

4 Vous pouvez définir un filtre sur les fichiers à sauvegarder, de façon à ne sauvegarder qu'un type de fichier.

Par exemple :

.	permet de sauvegarder tous les fichiers du répertoire,
*.doc	permet de sauvegarder uniquement les fichiers Word (.doc)
*.jpg	permet de sauvegarder uniquement les fichiers images (.jpg)
.doc ;.jpg	permet de sauvegarder les fichiers Word ainsi que les fichiers images

Pour sauvegarder un fichier particulier, ajoutez le répertoire qui contient le fichier comme décrit ci-dessus. Tapez ensuite **le nom complet** du fichier dans la colonne **Filtre**. Attention, le nom doit comporter l'extension du fichier (par exemple, Courrier.doc).

La sauvegarde d'un répertoire tient compte des sous-répertoires dans la mesure où ils contiennent des fichiers correspondants au filtre.

3.7. La planification de la sauvegarde

Période de sauvegarde
1 Lundi à 13:00
Mardi à 13:00
Mercredi à 13:00
Jeudi à 12:00
Vendredi à 13:00
Samedi à 14:00
Dimanche à 12:00
2 Effectuer une archive chaque début de mois, en gardant les 3 dernier(s) mois.

1 Cochez **les jours de sauvegarde** et définissez **l'heure de déclenchement**.

2 Cochez cette case pour archiver vos sauvegardes afin de conserver un **historique mensuel**. Dans l'exemple ci-dessus, l'historisation sera de 3 mois.

Pour les bases de données FIREBIRD uniquement :

Avant toute sauvegarde, un traitement de contrôle sur la validité de la base est effectué. Dans le cas d'une base invalide ou corrompue, la sauvegarde est annulée. Ceci vous est signalé par un message qui s'affiche en bas à droite de votre écran.

Si vous êtes en réseau, le message s'affiche uniquement sur le poste serveur.

Vous retrouvez l'ensemble des opérations et messages dans le journal des évènements (voir L'historique des évènements).

Il est possible en dehors des périodes de sauvegarde automatique de déclencher manuellement une sauvegarde. Pour tous les produits en ouvrant AxiDBSafe et en cliquant sur le bouton « Sauvegarder », sur l'onglet correspondant au logiciel. Directement depuis les logiciels AxiSanté 5, InfanSoft ou AxiAM, en cliquant sur le menu «Outils » puis sur « Sauvegarde et maintenance » puis sur « Sauvegarder maintenant ».

3.8. La maintenance

La maintenance exécute automatiquement un traitement de nettoyage sur la base de données. **Cette fonction n'est disponible que pour les bases de données FIREBIRD (AxiSanté 5, InfanSoft, AxiAM 1.40, AxiPlanning V2).**

Ce traitement permet :

- de reconstruire les index.
- de supprimer les versions d'enregistrements obsolètes.
- de défragmenter les pages de données de la base.
- de réécrire les tables séquentiellement.

Après une maintenance, la base est optimisée et défragmentée.

La périodicité de la maintenance est hebdomadaire ou mensuelle. Elle est définie dans la zone **Maintenance** :

L'horaire de la maintenance est automatiquement réglé à **19 heures**. **Ce processus s'exécute uniquement lorsque le logiciel est fermé, mais avec l'ordinateur allumé** ou le serveur dans le cadre d'une installation en réseau.

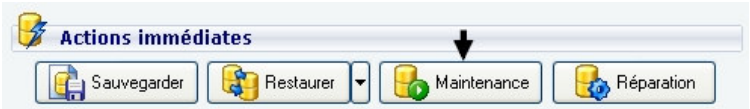
En conséquence, si des utilisateurs sont connectés lorsqu'une maintenance doit se lancer, ils sont informés qu'une maintenance doit être exécutée par un message pop-up, affiché en bas à droite de l'écran. Toutes les heures, le processus de maintenance sera lancé. Le même message s'affichera si le logiciel est encore ouvert.

Lorsque c'est possible après l'affichage des messages, fermez le logiciel mais **laissez votre ordinateur allumé**, ou votre serveur dans le cadre d'une installation en réseau, pour que le processus de maintenance puisse s'exécuter.

Consultez l'historique des évènements pour vérifier le bon déroulement du processus.

Pour effectuer une maintenance manuelle, cliquez sur le bouton

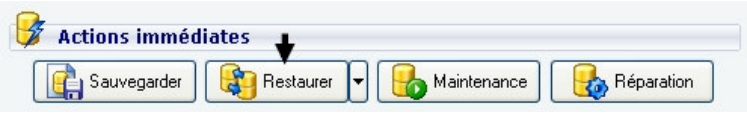
de la zone **Actions immédiates** :



Le logiciel doit être fermé pour effectuer une maintenance manuelle.

3.9. La restauration

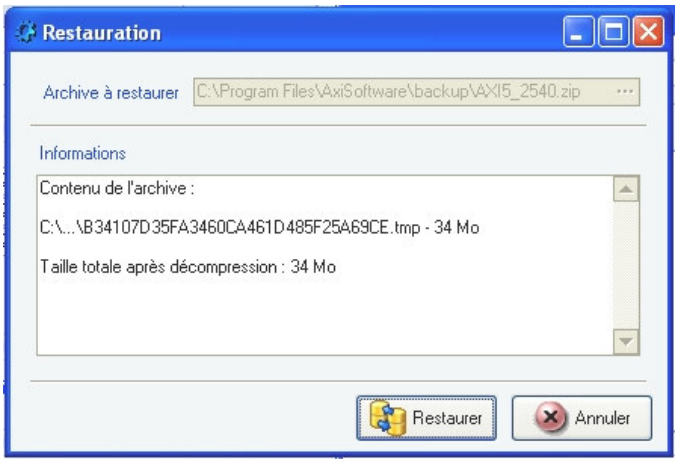
Comme la maintenance, la restauration s'exécute uniquement lorsque le logiciel est fermé, l'ordinateur étant toujours allumé. En revanche, elle n'est pas planifiée et ne peut être déclenchée que manuellement à partir de la zone **Actions immédiates** :



Un clic sur restaure la dernière base sauvegardée.

Un clic sur la flèche à droite permet de sélectionner une sauvegarde plus ancienne :

La sélection d'une sauvegarde ancienne dans le menu déclenche l'ouverture d'une fenêtre qui décrit le contenu de l'archive ainsi que la taille totale après décompression :



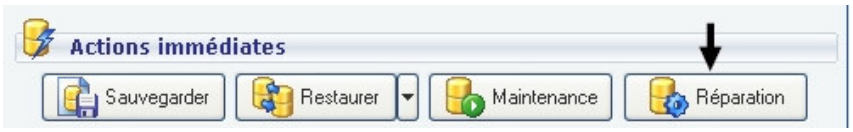
› Cliquez sur pour effectuer la restauration.

3.10. La réparation

Comme la maintenance et la restauration, la réparation s'exécute uniquement lorsque le logiciel est fermé, l'ordinateur étant toujours allumé.

Cette fonction n'est disponible que pour les bases de données FIREBIRD (AxiSanté 5, InfanSoft, AxiAM 1.40, AxiPlanning V2).

Elle n'est pas planifiée et ne peut être déclenchée que manuellement à partir de la zone **Actions immédiates** :



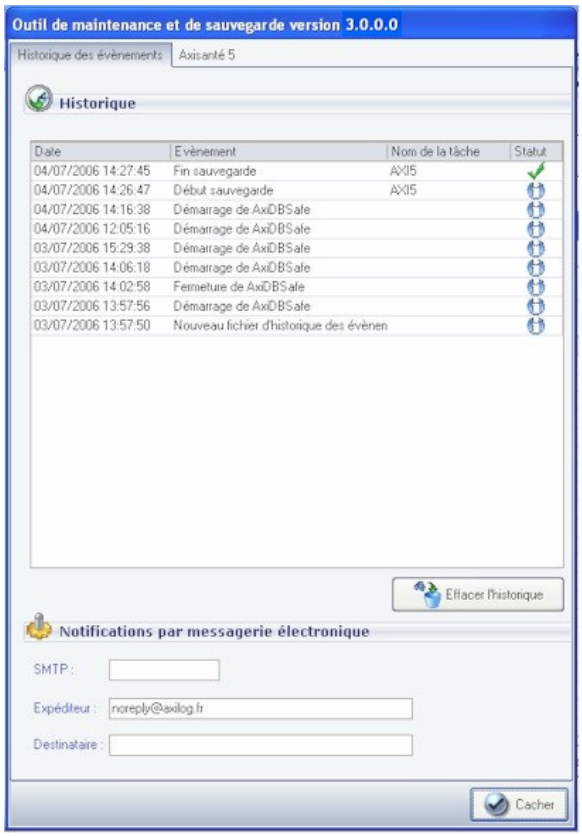
Nous vous conseillons fortement de l'utiliser en suivant les conseils d'un technicien agréé Axilog.

En cas d'échec, le message suivant est affiché :

Il donne la possibilité d'**envoyer un e-mail** d'information à la hotline Axilog.

En cas de réussite, le message suivant est affiché dans le journal des évènements « Réparation terminée avec succès ».

3.11. L'historique des évènements



L'historique des évènements permet d'avoir une synthèse des actions effectuées.

Liste des messages :

Cas	Message
Base endommagée avant sauvegarde	La base de données de l'application « Nom de l'application » est corrompue, la sauvegarde ne peut se poursuivre. veuillez contacter le service technique d'Axilog ou veuillez restaurer une sauvegarde valide.
Echec durant la sauvegarde	Le 01/01/2005 à 15h23 - Erreur durant la sauvegarde de la base de données de l'application « Nom de l'application ». Veuillez contacter le service technique d'Axilog.
Echec durant la restauration	Le 01/01/2005 à 15h23 - Erreur durant la restauration du fichier de données xxxxxx.gbk. Veuillez contacter le service technique d'Axilog.
Pb d'espace disque	Le 01/01/2005 à 15h23 - Alerte d'espace disque. Il ne vous reste plus de 150 Mo d'espace libre sur votre disque. Veuillez libérer de l'espace ou veuillez contacter votre correspondant technique habituel recommandé par Axilog.
Pb d'autorisation sur le répertoire en sortie	Le 01/01/2005 à 15h23 – Echec de sauvegarde, vous n'avez pas les autorisations en écriture sur le répertoire d'archivage des sauvegardes. Veuillez contacter votre administrateur système ou veuillez contacter le service technique d'Axilog.

Vous pouvez trier les colonnes suivant l'action, le nom de la tache ou la date. Par défaut, le tri est positionné sur date.

Un double-clic sur la ligne d'un évenement permet d'ouvrir le fichier log rattaché à l'action.

La zone **Notification par messagerie électronique** permet d'envoyer un mail d'alerte dans le cas d'une base non valide ou corrompue. Dans ce cas, la sauvegarde n'est pas effectuée.

4. Créer un profil utilisateur

4.1. Le praticien

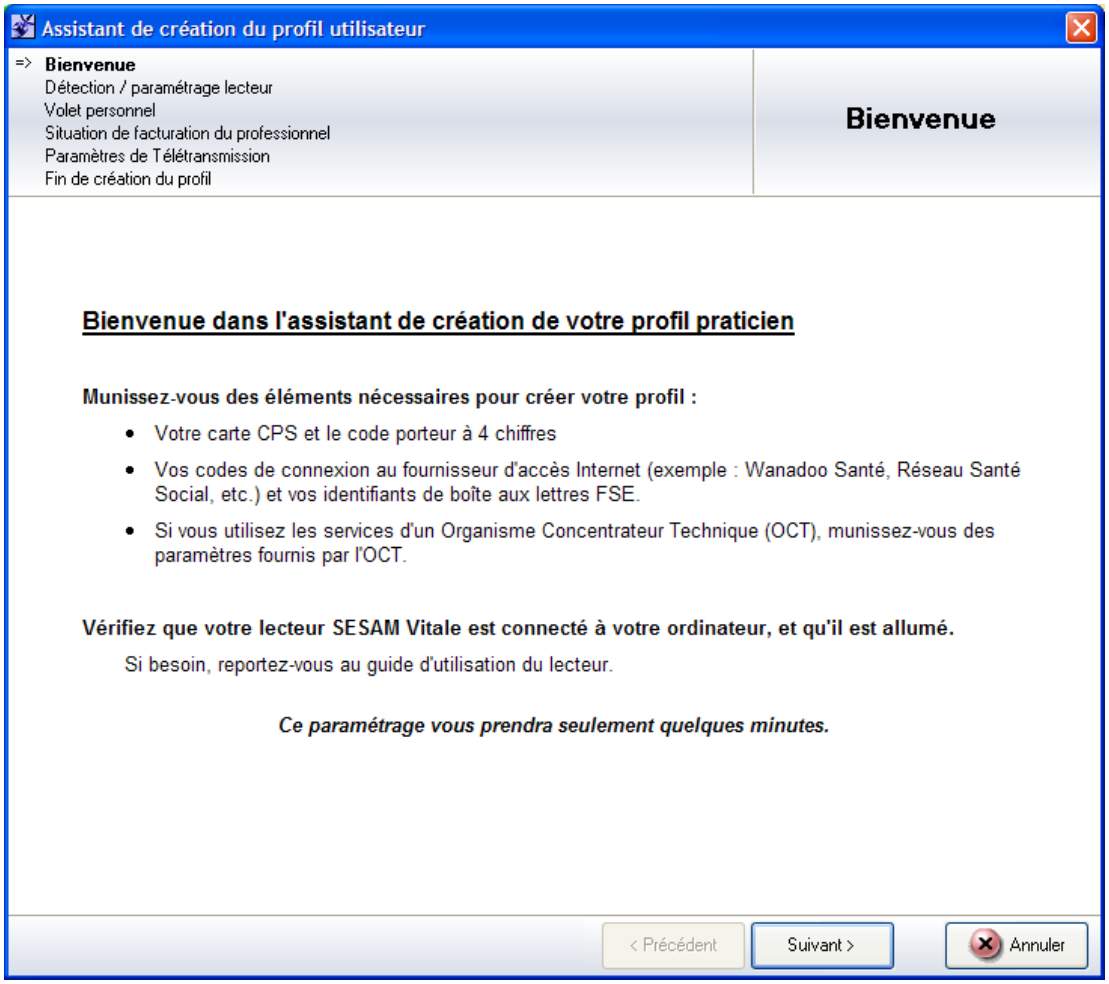
Pour pouvoir utiliser votre logiciel de télétransmission, vous devez créer et paramétrer votre profil utilisateur à l'aide de votre carte CPS (Carte Professionnelle de Santé). Pour vous aider, un assistant de paramétrage vous guide.

Au démarrage de l'application, à la fenêtre Identification de l'utilisateur :

- Cliquez sur la flèche noire en bout de zone.
- Sélectionnez **administrateur**.
- Cliquez sur

.

4.1.a. Bienvenue


Assistant de création du profil utilisateur
=> Bienvenue
Détection / paramétrage lecteur
Volet personnel
Situation de facturation du professionnel
Paramètres de Télétransmission
Fin de création du profil
Bienvenue
Bienvenue dans l'assistant de création de votre profil praticien
Munissez-vous des éléments nécessaires pour créer votre profil :
Votre carte CPS et le code porteur à 4 chiffres
Vos codes de connexion au fournisseur d'accès Internet (exemple : Wanadoo Santé, Réseau Santé Social, etc.) et vos identifiants de boîte aux lettres FSE.
Si vous utilisez les services d'un Organisme Concentrateur Technique (OCT), munissez-vous des paramètres fournis par l'OCT.
Vérifiez que votre lecteur SESAM Vitale est connecté à votre ordinateur, et qu'il est allumé.
Si besoin, reportez-vous au guide d'utilisation du lecteur.
Ce paramétrage vous prendra seulement quelques minutes.
< Précédent
Suivant >
Annuler

- Munissez-vous **impérativement** des éléments énoncés dans cet écran avant de continuer.

› Vérifiez que votre lecteur de carte est allumé et connecté à votre ordinateur. Reportez-vous à son guide d'utilisation si nécessaire.

› Insérez votre carte CPS (Carte Professionnelle de Santé) dans votre lecteur.

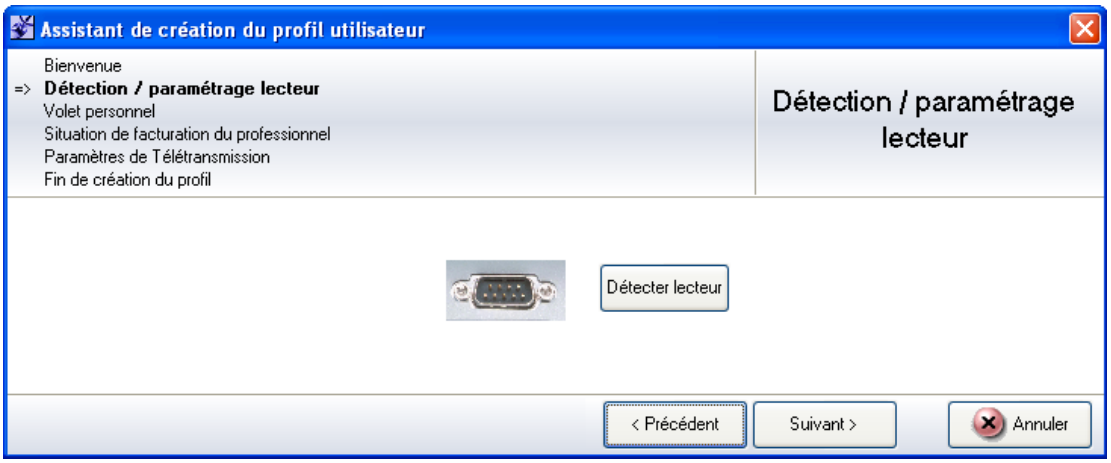
› Cliquez sur Suivant > pour passer à l'étape **Détection / paramétrage lecteur**.

4.1.b. Détection / paramétrage lecteur

L'outil de détection automatique des lecteurs est accessible dans :

- **l'assistant de création d'un nouveau praticien**,
- **le paramétrage des lecteurs** (Paramétrages / Poste de Travail AxiAM / Lecteurs de cartes et cliquez sur le bouton Détecter Lecteur),
- **le navigateur** (effectuez un clic droit sur le lecteur et sélectionnez Détecter le lecteur).

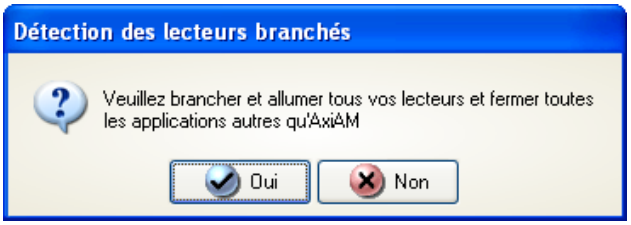
› Vérifiez que votre lecteur est bien connecté et allumé.



› Cliquez sur Suivant > pour passer à l'étape **Volet personnel**.

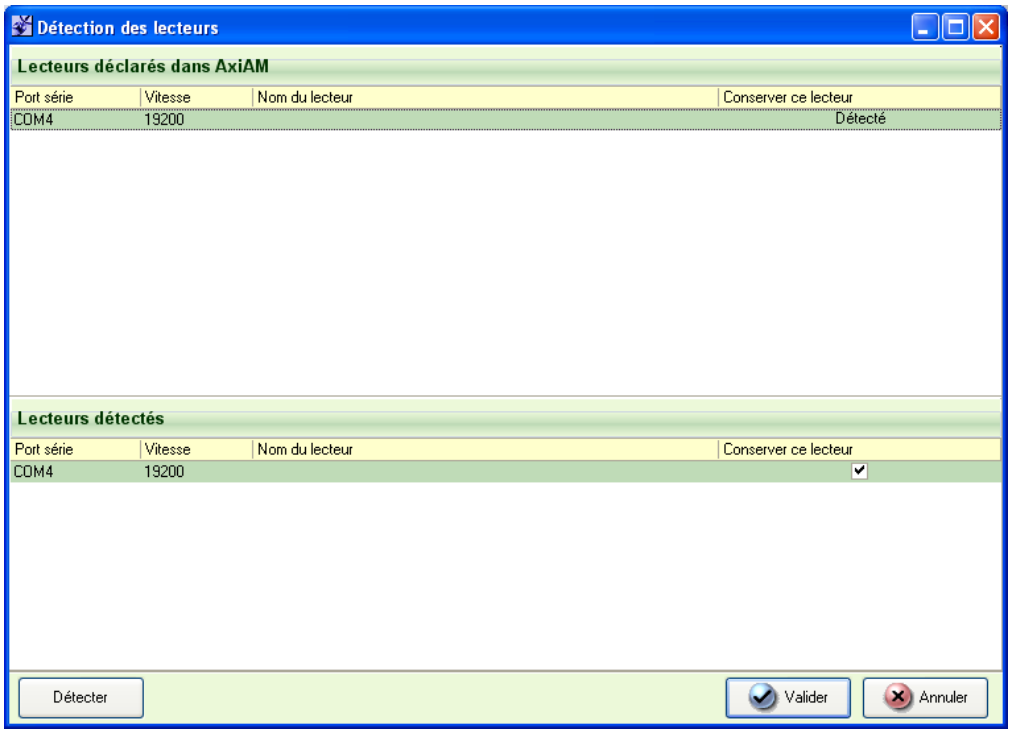
Si le lecteur n'est pas détecté :

› Cliquez sur Détecter lecteur.


Détection des lecteurs branchés
Veuillez brancher et allumer tous vos lecteurs et fermer toutes les applications autres qu'AxiAM
Oui
Non

› Exécutez les actions demandées dans la fenêtre Détection des lecteurs branchés.

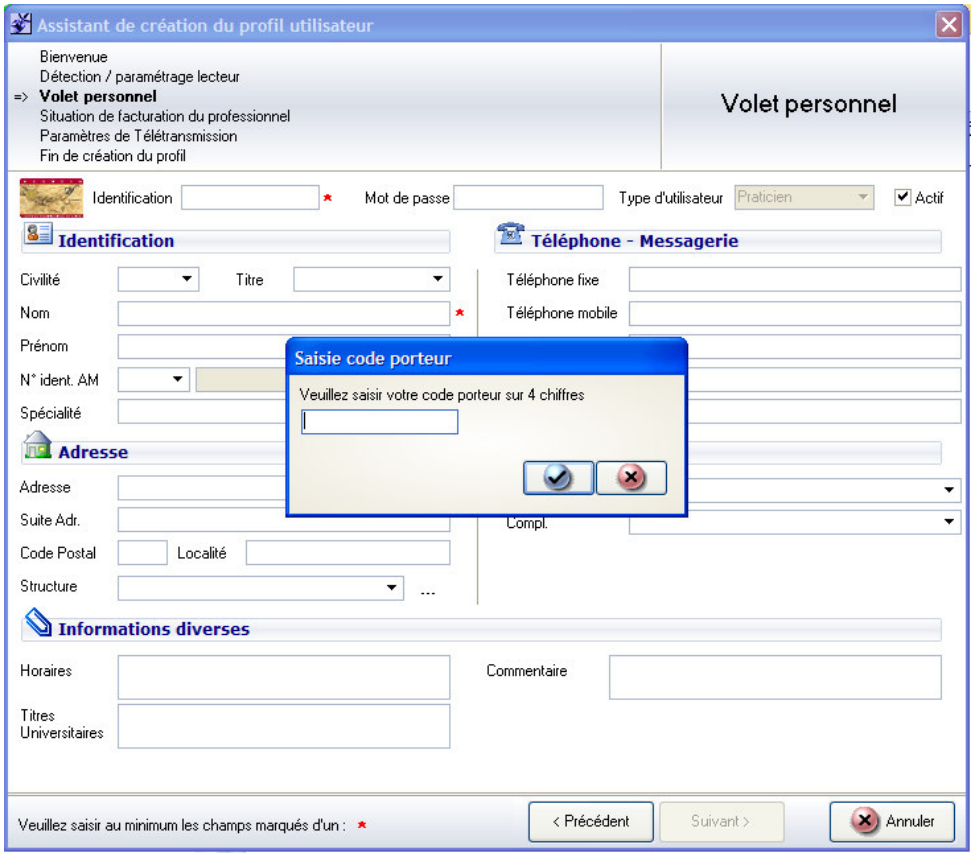
› Cliquez sur le bouton Oui.



- Cochez les lecteurs que vous souhaitez conserver dans les paramétrages.
- Cliquez sur

.

4.1.c. Volet Personnel

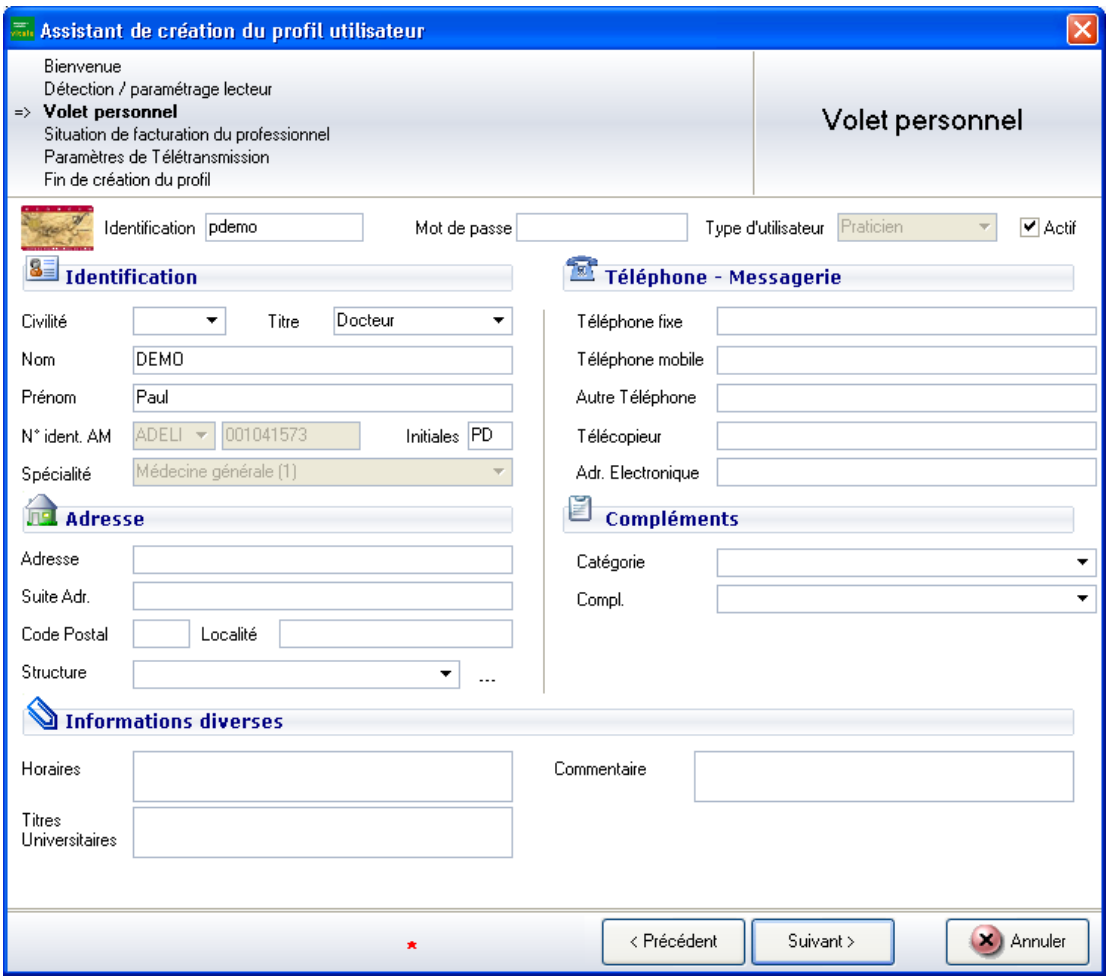


Si la fenêtre Saisie code porteur n'apparaît pas, cliquez sur
.

› Saisissez le code à 4 chiffres de votre carte CPS.

› Cliquez sur .

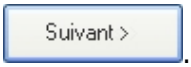
Après lecture de votre CPS, plusieurs champs sont remplis automatiquement à partir des informations contenues dans votre carte. Les champs grisés ne sont pas modifiables.



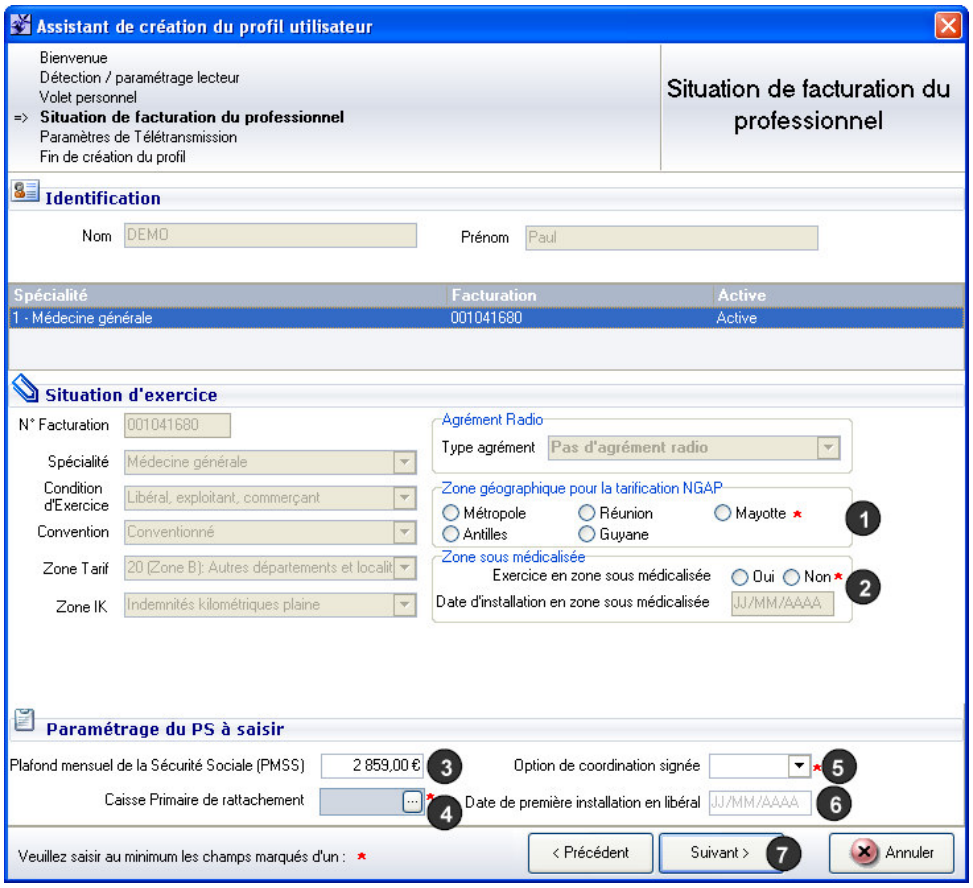
› Modifiez, si besoin, le nom saisi dans le champ Identification. Ce nom est celui que vous sélectionnerez dans la fenêtre d'Identification de l'utilisateur, à l'ouverture de votre logiciel.

› Renseignez le champ civilité (M., Mme ou Mlle) en cliquant sur la flèche noire en bout de zone. Les autres champs de la zone Identification sont remplis automatiquement à partir des informations contenues dans votre CPS.

› Vous pouvez, si vous le souhaitez, remplir les autres rubriques Adresse, téléphone – Messagerie, Informations diverses…

› Cliquez sur  .

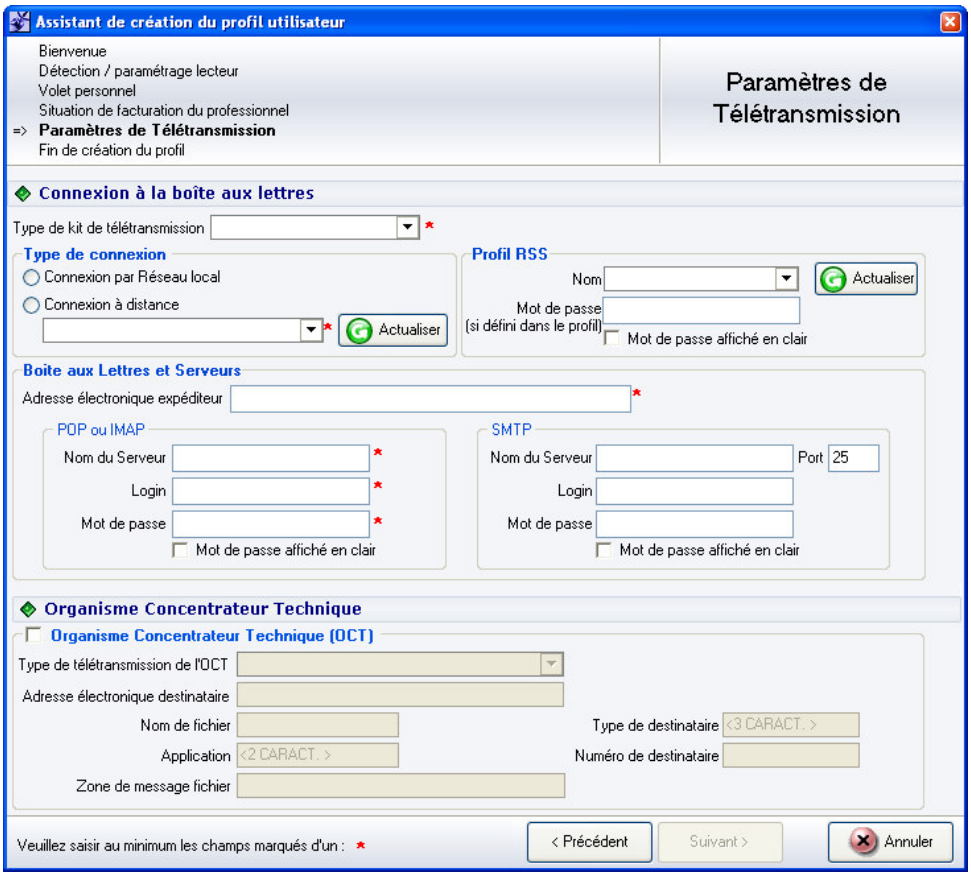
4.1.d. Situation de facturation du professionnel



Les informations contenues dans votre CPS apparaissent, et sont non modifiables. Il vous faut renseigner les rubriques Situation d'exercice et Paramétrage du PS à saisir :

- 1 Sélectionnez le bouton radio pour préciser la localisation d'exercice afin d'affecter le bon tarif des actes NGAP (Métropole, Réunion, Mayotte, Antilles ou Guyane).
- 2 Sélectionnez le bouton radio pour précisez si vous exercez en zone sous médicalisée. Si vous répondez oui, saisissez la date d'installation en zone sous médicalisée.
- 3 Modifiez, si besoin est, le montant du Plafond mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS), pour l'année 2009 celui-ci est de 2859,00 €. Pour plus de renseignement consulter le site de l'Assurance Maladie à l'adresse http://www.ameli.fr/.
- 4 Cliquez sur [...] afin de renseigner votre Caisse Primaire de rattachement. Sélectionnez votre caisse dans la fenêtre qui s'ouvre et cliquez sur le bouton Valider.
- 5 Renseignez le champ Option de coordination signée (Oui ou Non) en cliquant sur la flèche noire en bout de zone. Si cette option est signée, vous pourrez facturer les dépassements maitrisés.
- 6 Renseignez la Date de première installation en libéral si vous êtes généraliste et, si celle-ci est inférieure à 5 ans, de manière à automatiser la sélection de la situation du parcours de soins Généraliste récemment installé(e) lors de la création d'une facture.
- 7 Cliquez sur [Suivant >].

4.1.e. Paramètres de télétransmission

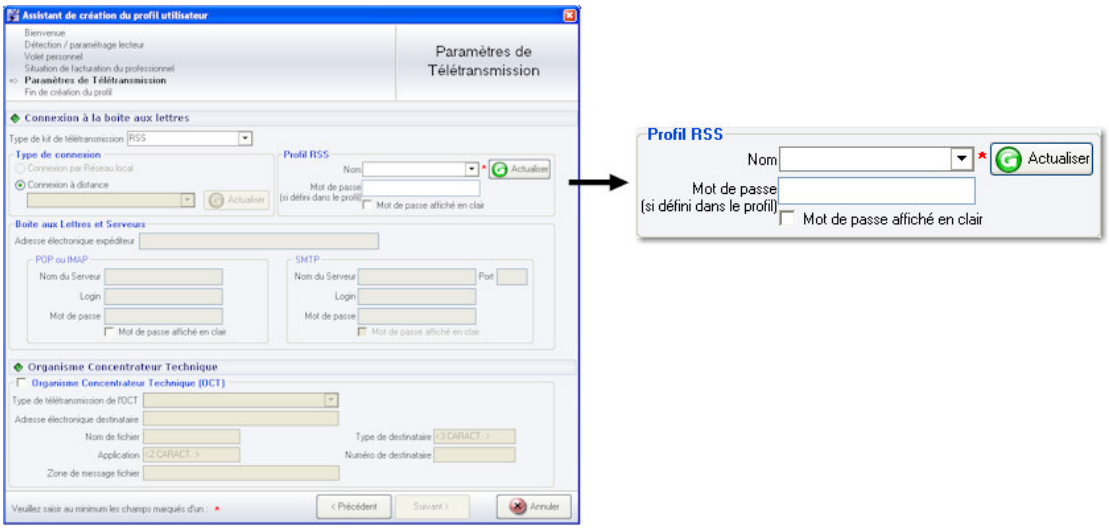


Afin de saisir les informations, munissez-vous de vos documents d'accès Internet pour la télétransmission fournis par votre fournisseur d'accès.

› Sélectionnez dans Type de kit de télétransmission votre fournisseur d'accès à Internet pour la télétransmission parmi les 3 choix proposés :

- RSS,
- Wanadoo Santé,
- Internet.

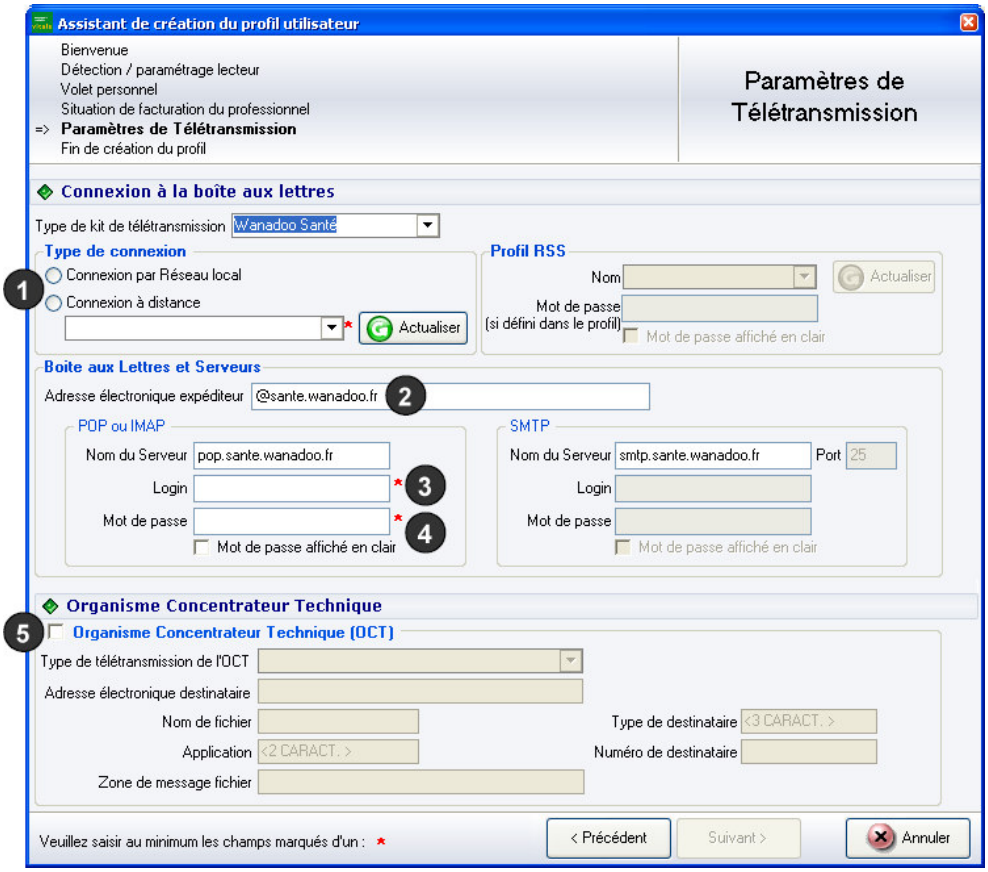
Vous utilisez une connexion : RSS



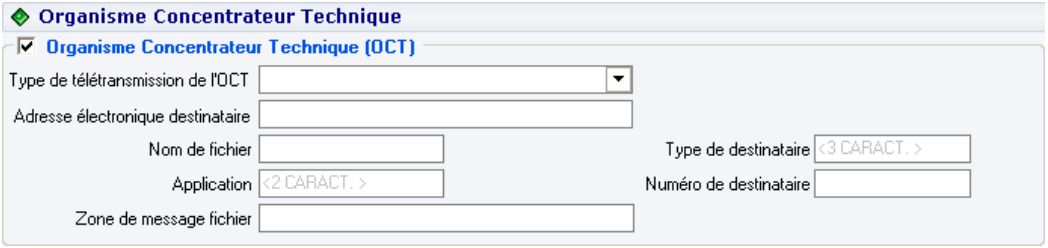
› Sélectionnez RSS dans Type de kit de télétransmission. La zone Profil RSS est dégrisée pour permettre la saisie. Si votre connexion est paramétrée le profil vous est proposé par défaut (le champ Nom doit être renseigné pour pouvoir continuer).

- Saisissez votre mot de passe.
- Cliquez sur Suivant >, pour terminer la paramétrage.

Vous utilisez une connexion : Wanadoo Santé



- 1 Renseignez le type de connexion que vous utilisez : Connexion par Réseau local ou Connexion à distance. Dans le cas d'une connexion à distance, sélectionnez la connexion en cliquant sur la flèche noire en bout de zone.
- 2 Complétez votre adresse électronique, elle est du type fse.xxxxx@sante.wanadoo.fr (les xxxx étant des chiffres et des lettres).
- 3 Saisissez votre Login qui est votre identifiant, c'est le début de votre adresse électronique, donc de la forme fse.xxxxx (ne pas mettre @sante.wanadoo.fr).
- 4 Saisissez votre Mot de passe, associé à l'identifiant ci-dessus si vous en avez défini un dans votre profil RSS. Vous avez la possibilité de voir en clair la saisie de votre mot de passe en cochant la case Mot de passe affiché en clair avant de saisir le mot de passe.
- 5 Si vous utilisez un Organisme Concentrateur Technique (OCT), cochez cette case et saisissez les éléments suivants, en fonction des documents fournis par votre OCT :



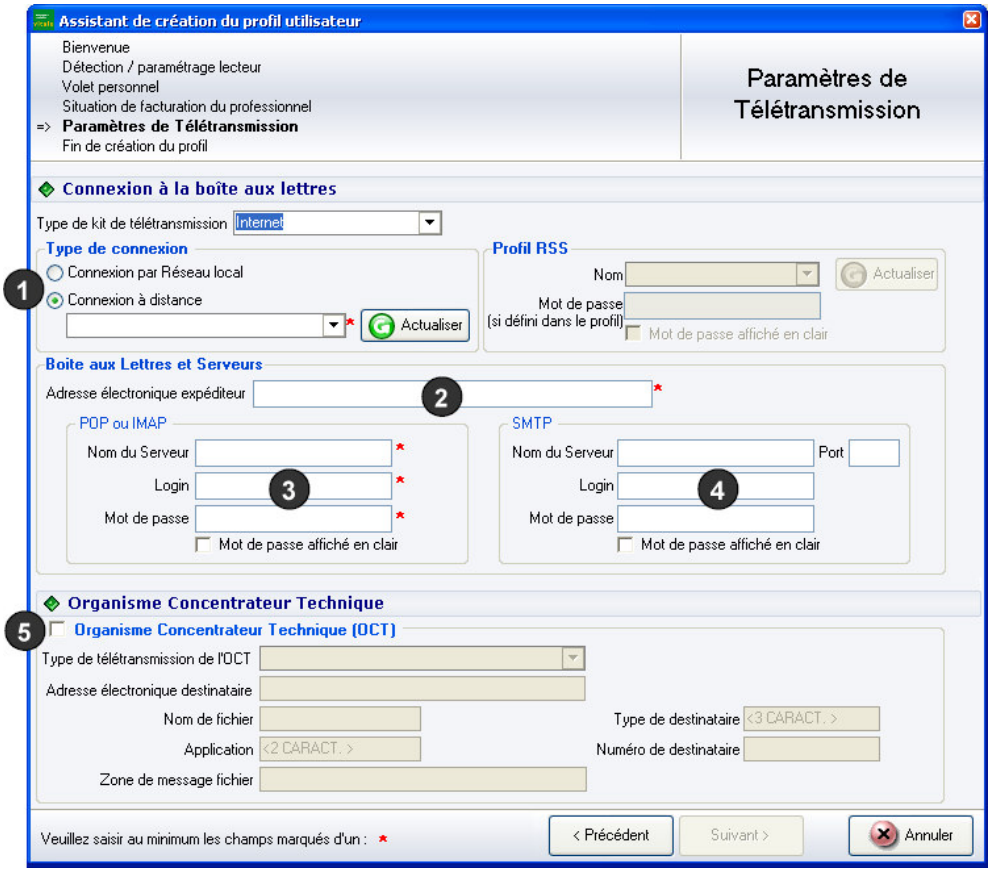
- Sélectionnez le Type de télétransmission de l'OCT en cliquant sur la flèche noire à droite. Vous avez 3 choix :
  - Extension du mode 1.31 (FSE enrichie).

- Eclatement des flux à la source.
- Transmission d'un fichier unique.

› Renseignez les autres champs avec les informations fournies par l'OCT.

› Cliquez sur Suivant >, pour terminer le paramétrage.

Vous utilisez une connexion : Internet



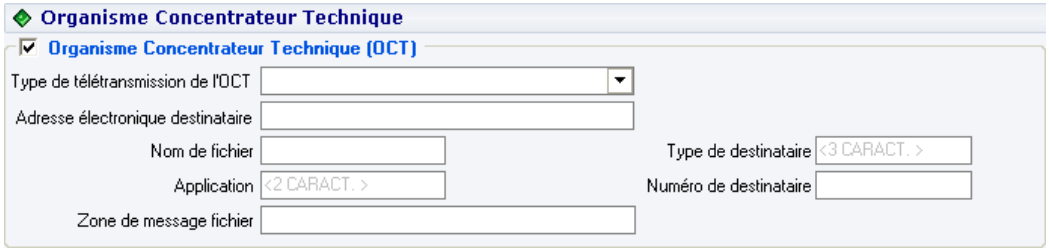
› 1 Renseignez le type de connexion que vous utilisez : Connexion par Réseau local ou Connexion à distance. Dans le cas d'une connexion à distance, sélectionnez la connexion en cliquant sur la flèche noire en bout de zone.

› 2 Saisissez votre adresse électronique. **Il est vivement conseillé que cette adresse électronique soit exclusivement utilisée dans le cadre de la télétransmission des feuilles de soins**.

› 3 Saisissez le Nom du Serveur, votre Login et votre Mot de passe dans la zone POP ou IMAP en fonction des éléments fournis par votre fournisseur d'accès. Vous avez la possibilité de voir en clair la saisie de votre mot de passe en cochant la case Mot de passe affiché en clair avant de saisir le mot de passe.

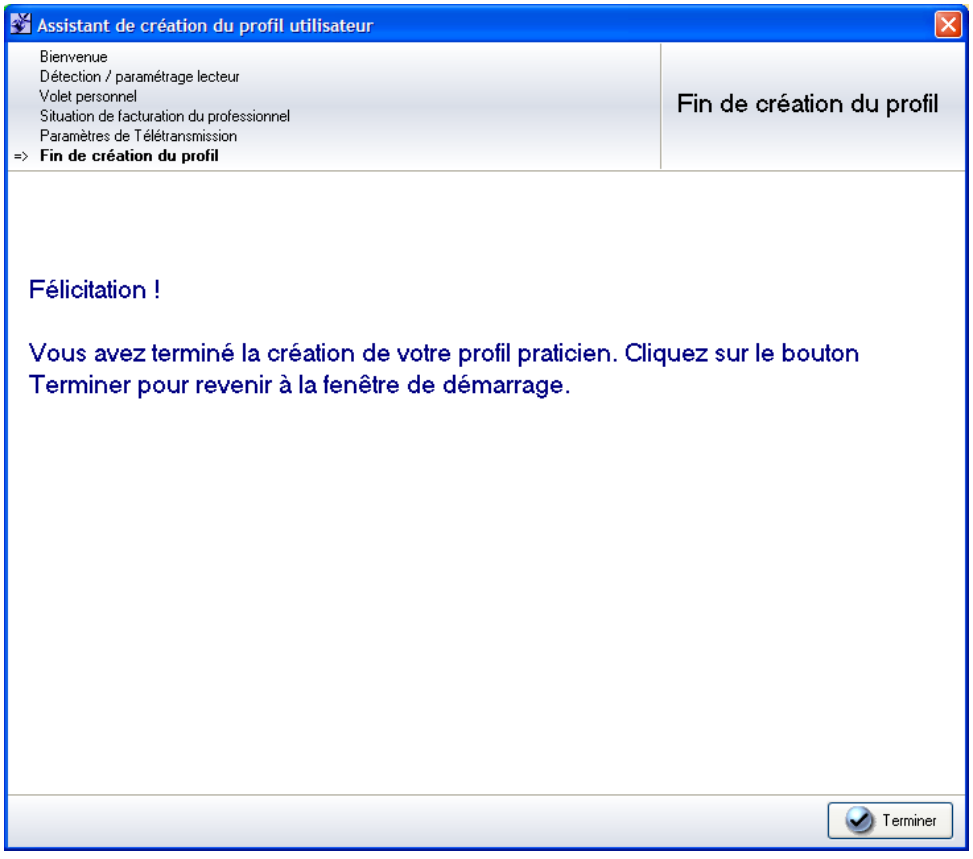
› 4 Saisissez le Nom du Serveur, votre Login et votre Mot de passe et le port dans la zone SMTP en fonction des éléments fournis par votre fournisseur d'accès. Vous avez la possibilité de voir en clair la saisie de votre mot de passe en cochant la case Mot de passe affiché en clair avant de saisir le mot de passe.

› 5 Si vous utilisez un Organisme Concentrateur Technique (OCT) vous devez cocher cette case et renseigner les éléments suivants, en fonction des documents fournis par votre OCT :



- Sélectionnez le Type de télétransmission de l'OCT en cliquant sur la flèche noire à droite. Vous avez 3 choix :
  - Extension du mode 1.31 (FSE enrichie).
  - Eclatement des flux à la source.
  - Transmission d'un fichier unique.
- Renseignez les autres champs avec les informations fournies par l'OCT.
- Cliquez sur Suivant >, pour terminer la paramétrage.

4.1.f. Fin de création du profil


Assistant de création du profil utilisateur
Bienvenue
Détection / paramétrage lecteur
Volet personnel
Situation de facturation du professionnel
Paramètres de Télétransmission
=> Fin de création du profil
Fin de création du profil
Félicitation !
Vous avez terminé la création de votre profil praticien. Cliquez sur le bouton Terminer pour revenir à la fenêtre de démarrage.
Terminer

- Cliquez sur le bouton Terminer.

Vous revenez sur la fenêtre Identification de l'utilisateur :

- Sélectionnez votre profil nouvellement créé, en cliquant sur la flèche noire en bout de zone.
- Cliquez sur le bouton Ouvrir la session pour lancer votre logiciel de télétransmission.

Une fois votre profil créé, vous pourrez compléter ou modifier le volet personnel (adresse cabinet, téléphone …) depuis le menu Paramètres / Fichiers des correspondants de votre logiciel.

Vous retrouverez vos paramètres de télétransmission, dans le menu Paramètres / Préférences / Feuille de Soins / Paramétrages de télétransmission.

4.1.g. Se sérialiser

Votre logiciel nécessite un code d'enregistrement (code de **sérialisation**). Sans ce code, votre logiciel fonctionne en mode essai pendant 90 jours à compter de sa première utilisation.

Si l'utilisateur est déclaré par l'administrateur mais n'apparaît pas dans le menu déroulant lors de l'identification, c'est que la période d'essai est arrivée à échéance et qu'il n'est pas enregistré pour passer en version illimitée.

Pour permettre un enregistrement sans manipulation de votre part, votre logiciel interroge régulièrement notre base clients via Internet afin de récupérer automatiquement votre code d'enregistrement. Il est donc nécessaire que vous soyez connecté à Internet, lors de l'ouverture du logiciel, pour que cet enregistrement se fasse correctement.

Cette opération doit être effectuée pour chaque praticien identifié dans le logiciel, quelque soit le nombre d'ordinateurs.

Vous serez averti du succès de l'enregistrement automatique par un message affiché en bas à droite de l'écran :

Dans le cas où l'enregistrement automatique n'a pas abouti, un message vous en informe. Pour connaître la marche à suivre dans ce cas, cliquez sur Oui et suivez les informations de la page qui s'affiche.

4.2. Le remplaçant

Pour enregistrer un remplaçant, suivez la procédure suivante qui se déroule en 4 étapes.

Le praticien remplaçant doit être présent pour les trois premières étapes car sa carte de professionnel de santé (CPS) est nécessaire.

Dans l'exemple que nous vous présentons ci-dessous, le Dr Rempla Sandrine remplace le Dr Demo Paul.

Il est nécessaire d'avoir un lecteur de carte agréé 1.40 afin d'enregistrer un médecin remplaçant.

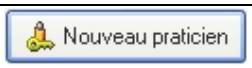
4.2.a. Enregistrer le médecin remplaçant dans AxiAM

- Identifiez-vous en tant qu'administrateur à l'ouverture du logiciel.

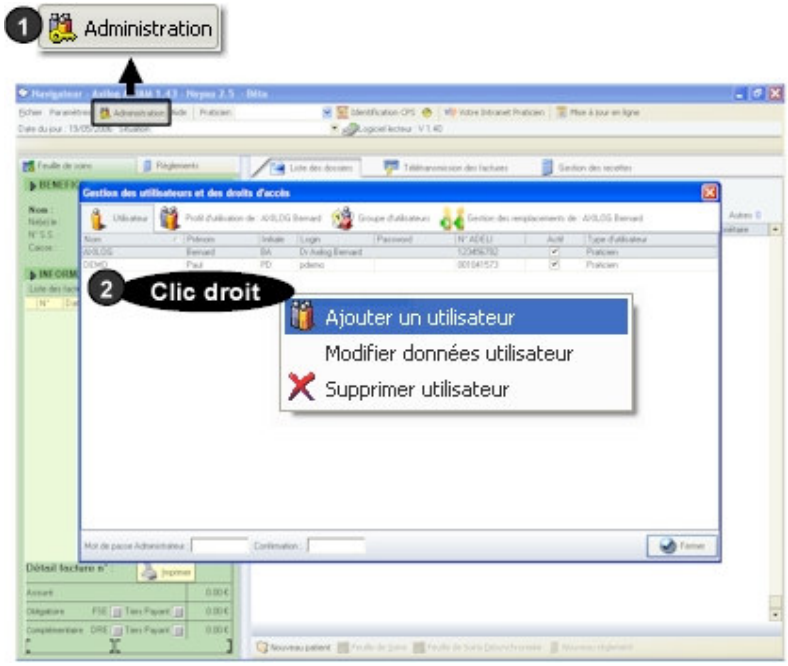
› Saisissez le Mot de passe s'il existe.

› Cliquez sur

.

Ne sélectionnez pas 

car ici nous allons créer un praticien remplaçant.

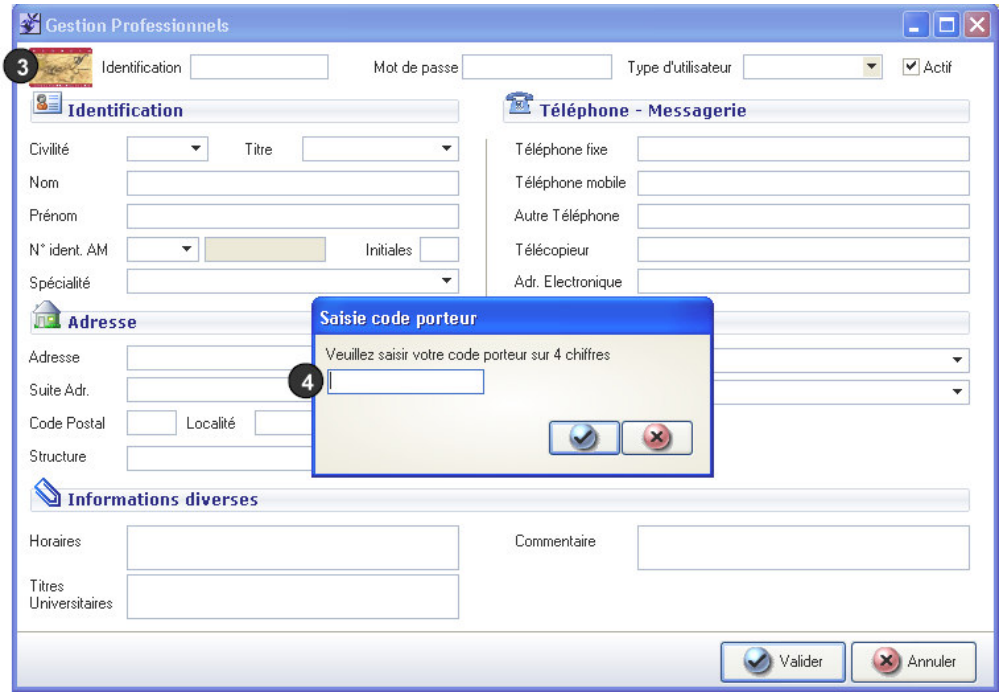


› 1 Cliquez sur

, la fenêtre Gestion des utilisateurs et des droits d'accès apparaît.

› 2 Faites un clic droit dans la fenêtre qui s'affiche et choisissez Ajouter un utilisateur.

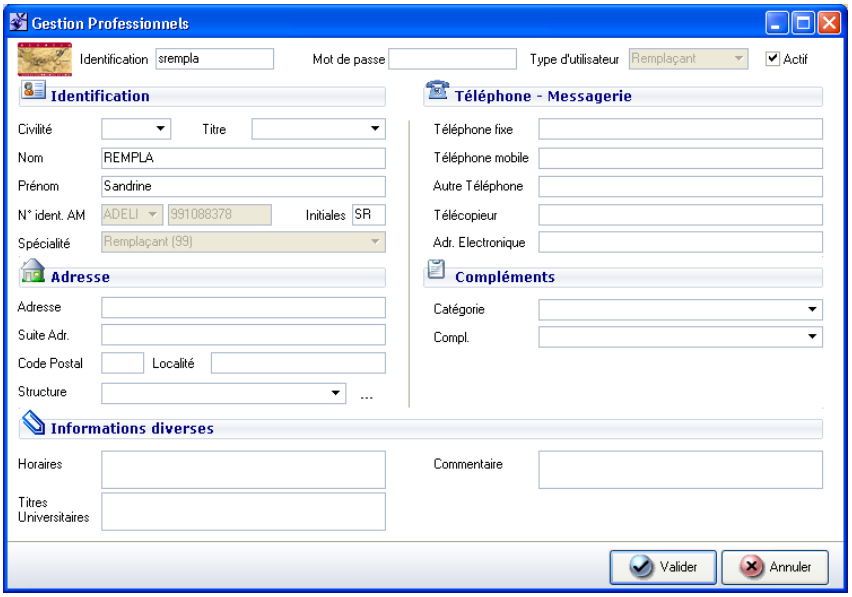
La fenêtre Gestion Professionnels apparaît :



› 3 Insérez la CPS du praticien remplaçant dans le lecteur de carte et cliquez sur le symbole .

› 4 Saisissez le code porteur de la carte et cliquez sur .

Les champs Identification et Type d'utilisateur ainsi que ceux de la zone Identification sont automatiquement remplis à partir des informations de la CPS. A noter que la zone Spécialité contient la mention **Remplaçant** :



› 5 Cliquez sur .

La fenêtre suivante apparaît :

› 6 Cliquez sur le bouton radio pour préciser si vous exercez en zone sous médicalisée. Si vous répondez oui, saisissez la date d'installation en zone sous médicalisée.

- 7 Modifiez, si besoin est, le montant du PMSS qui est de 2 859 € pour l'année 2009. Pour plus de renseignement consultez le site de l'Assurance Maladie à l'adresse http://www.ameli.fr/.
- 8 Cliquez sur [...] afin de sélectionner votre caisse primaire de rattachement dans la fenêtre qui s'affiche et cliquez sur Valider.
- 9 Renseignez le champ Option de coordination signée (Oui ou Non) en cliquant sur la flèche noire en bout de zone. Si cette option est signée, vous pourrez facturer les dépassements maîtrisés.
- Cliquez sur Fermer.

Le praticien remplaçant est maintenant enregistré dans AxiAM.

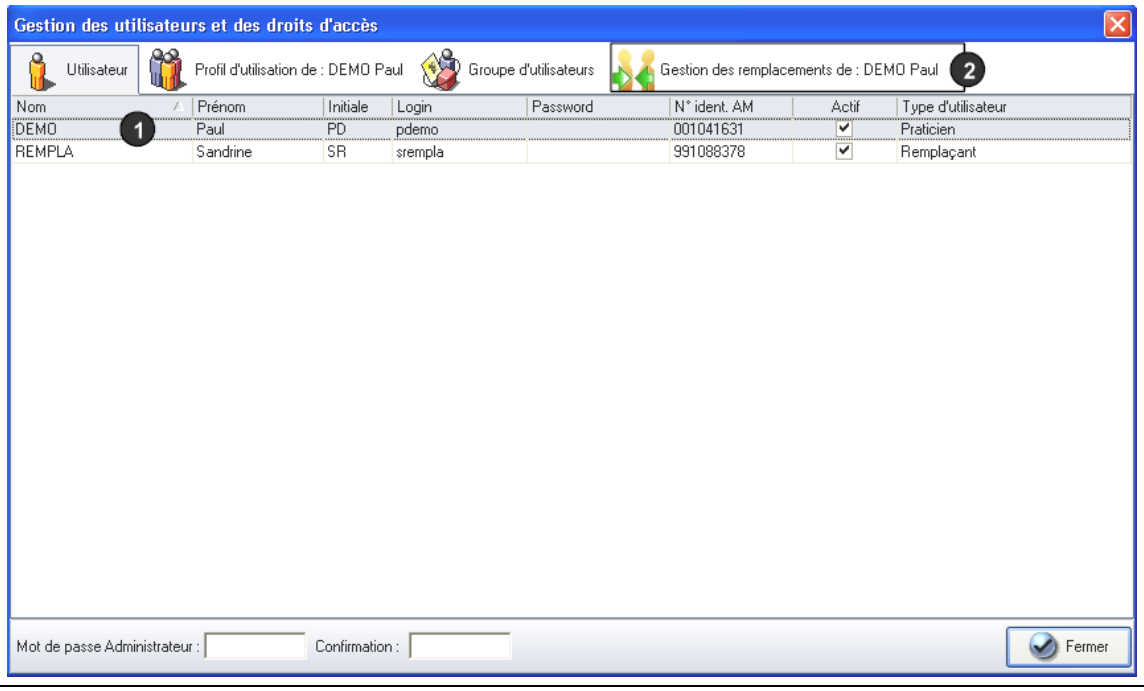
Ne fermez pas la fenêtre Gestion des utilisateurs et des droits d'accès si vous souhaitez ouvrir la session de remplacement. Reportez-vous au point 1 de l'étape Activer la session de remplacement.

4.2.b. Activer la session de remplacement

- Identifiez-vous en tant qu'administrateur à l'ouverture du logiciel.
- Saisissez le Mot de passe s'il existe.
- Cliquez sur Ouvrir la session.
- Cliquez sur le menu Administration dans la barre des menus.

Ajouter le Dr remplaçant dans la liste des remplaçants

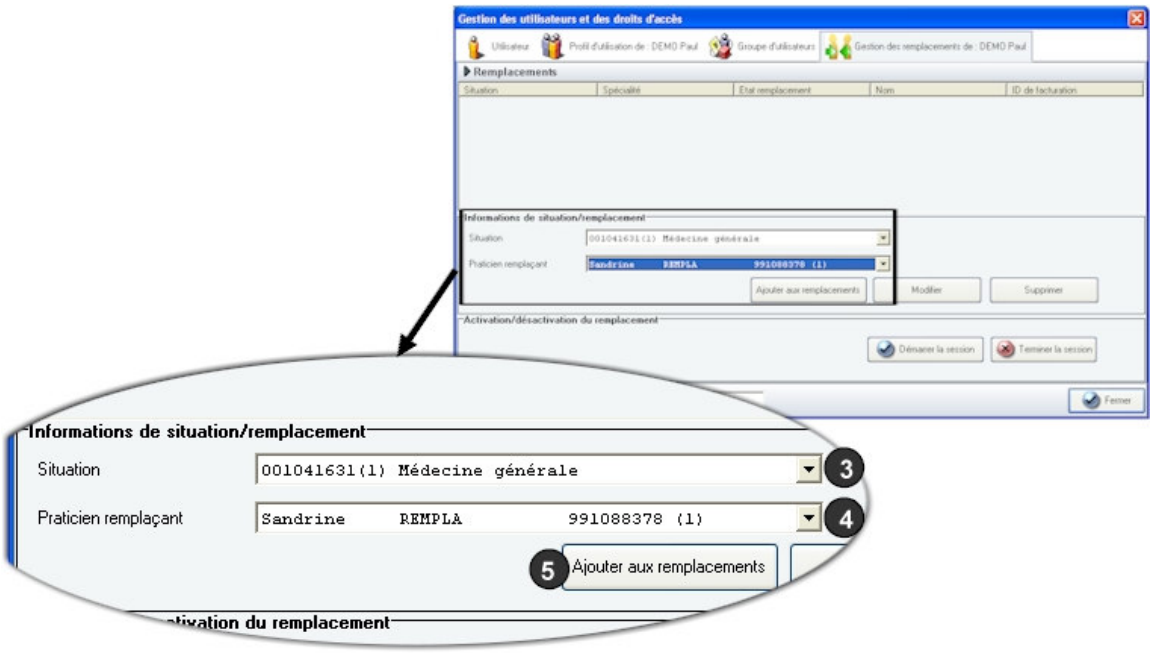
Dans la fenêtre Gestion des utilisateurs et des droits d'accès :



› ❶ Sélectionnez le nom du praticien qui va être **remplacé**, dans notre exemple nous sélectionnons le Dr Demo Paul.

› ❷ Cliquez sur l'onglet : Gestion des remplacements de : DEMO Paul.

La fenêtre suivante apparaît :



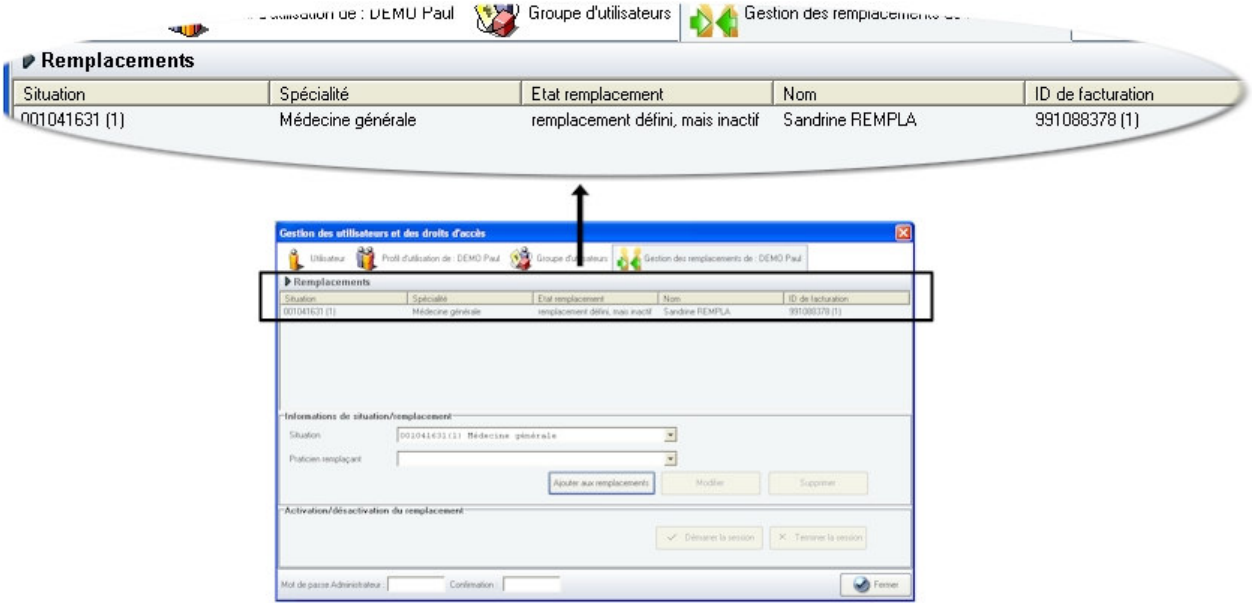
› ❸ Sélectionnez la situation de remplacement dans la liste déroulante en cliquant sur la flèche noire à droite, nous sélectionnons Médecine générale dans notre exemple.

› ❹ Sélectionnez le professionnel de santé remplaçant dans la liste déroulante, nous sélectionnons donc Dr REMPLA Sandrine.

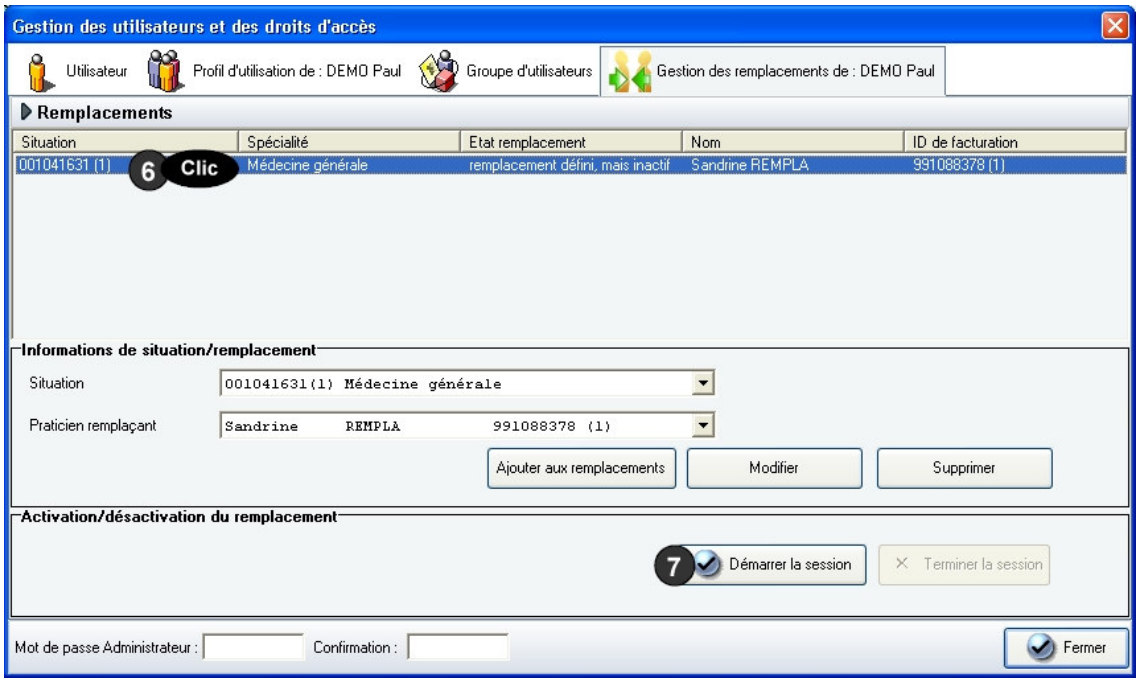
› ❺ Validez la saisie en cliquant sur

.

Le Dr Rempla Sandrine est déclaré comme Médecin remplaçant mais l'état de remplacement est inactif :



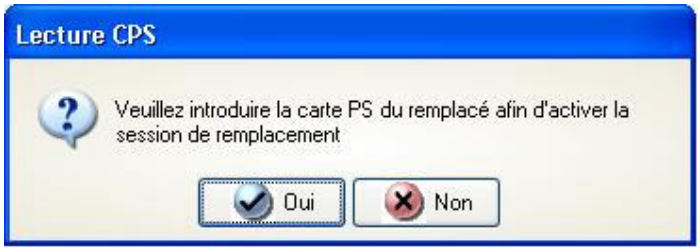
Activer la session



› 6 Cliquez sur la ligne du praticien remplaçant dans la section Remplacements.

› 7 Cliquez sur Démarrer la session.

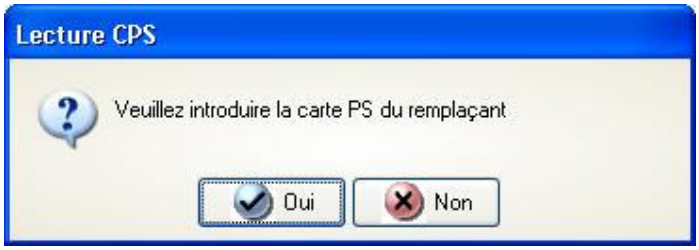
La fenêtre suivante s'affiche :



› Insérez la CPS du praticien remplacé dans le lecteur, dans notre exemple nous insérons la carte du Dr Demo Paul, et cliquez sur Oui.

› Saisissez le code porteur de la carte du **praticien remplacé** et cliquez sur pour valider

La fenêtre suivante apparaît :

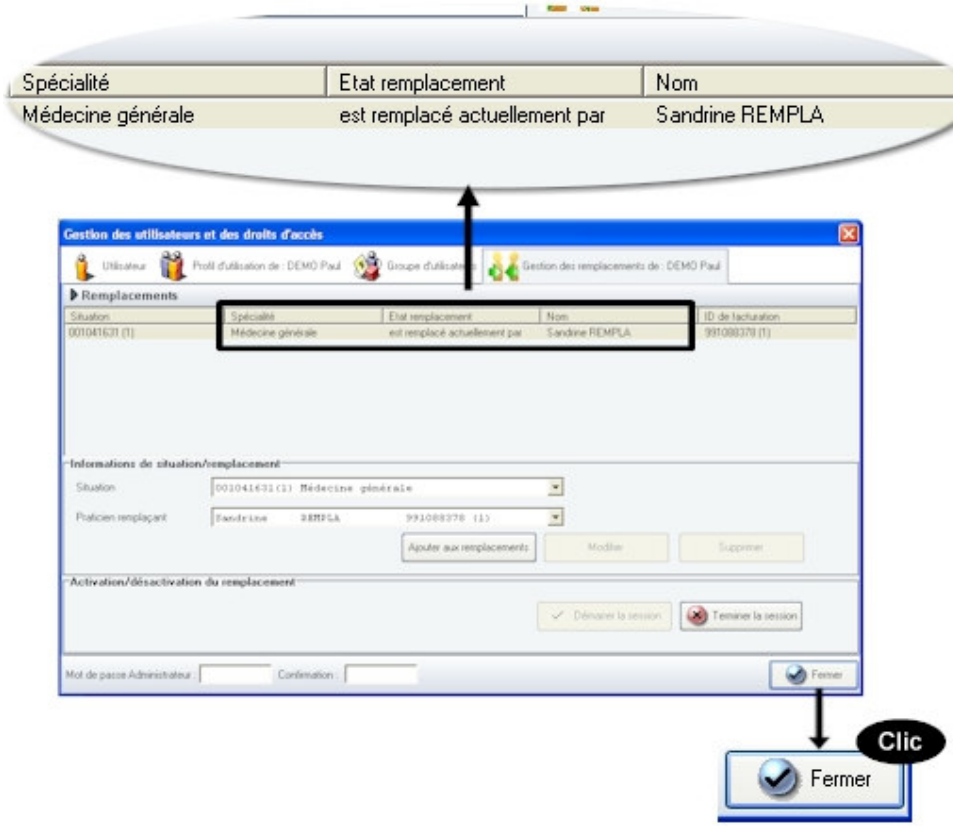


- Insérez la CPS du praticien remplaçant, dans notre exemple nous insérons la carte du Dr Rempla Sandrine, et cliquez sur

.

- Saisissez le code porteur de la carte du **praticien remplaçant** et cliquez sur pour valider

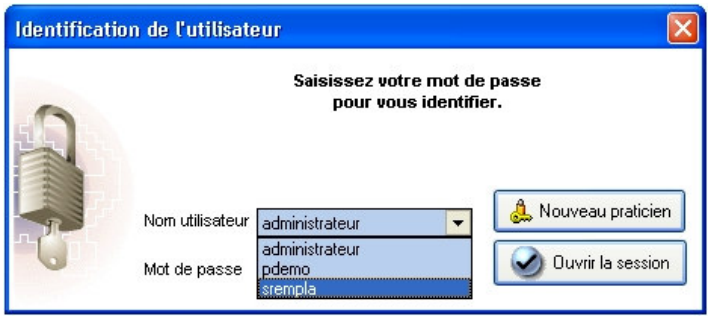
Lorsque le mode remplaçant est activé, l'information apparaît dans la section Remplacements :



- Cliquez sur

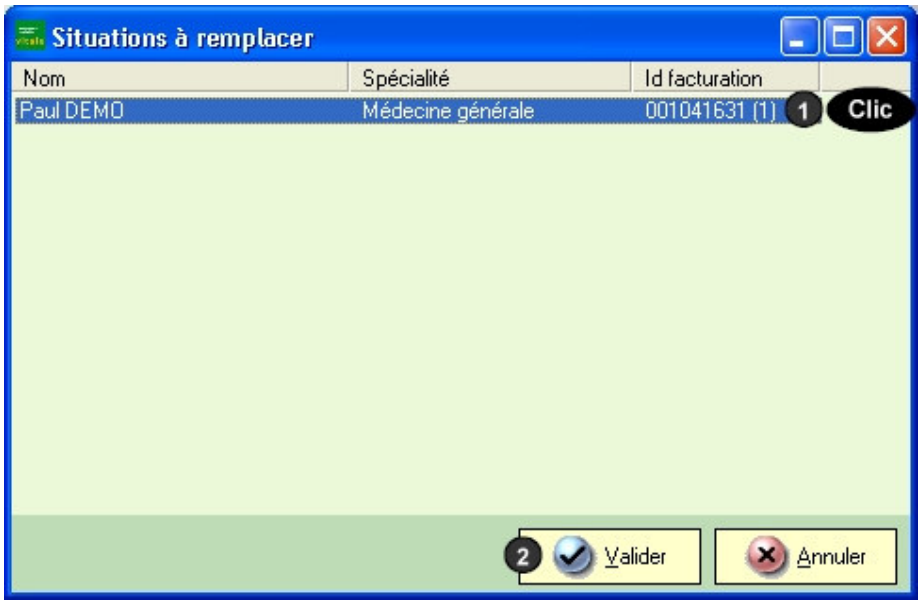
en bas à droite.
- Sélectionnez le menu Fichier puis Quitter pour fermer le logiciel.

4.2.c. Utiliser la session de remplacement



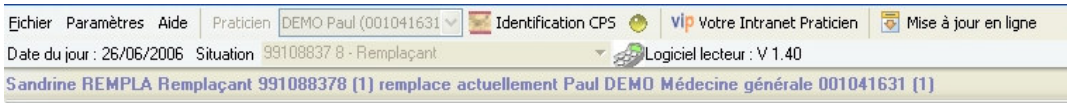
- Sélectionnez le profil du praticien remplaçant.
- Saisissez le mot de passe attribué à ce profil si nécessaire.

La fenêtre suivante apparaît :



- 1 Sélectionnez la situation du professionnel de santé **remplacé**, Dr Demo Paul dans notre exemple.
- 2 Cliquez sur Valider.

Sous la date du jour, le nom du praticien remplaçant apparaît, suivi de la mention remplace actuellement... puis le nom du praticien remplacé :

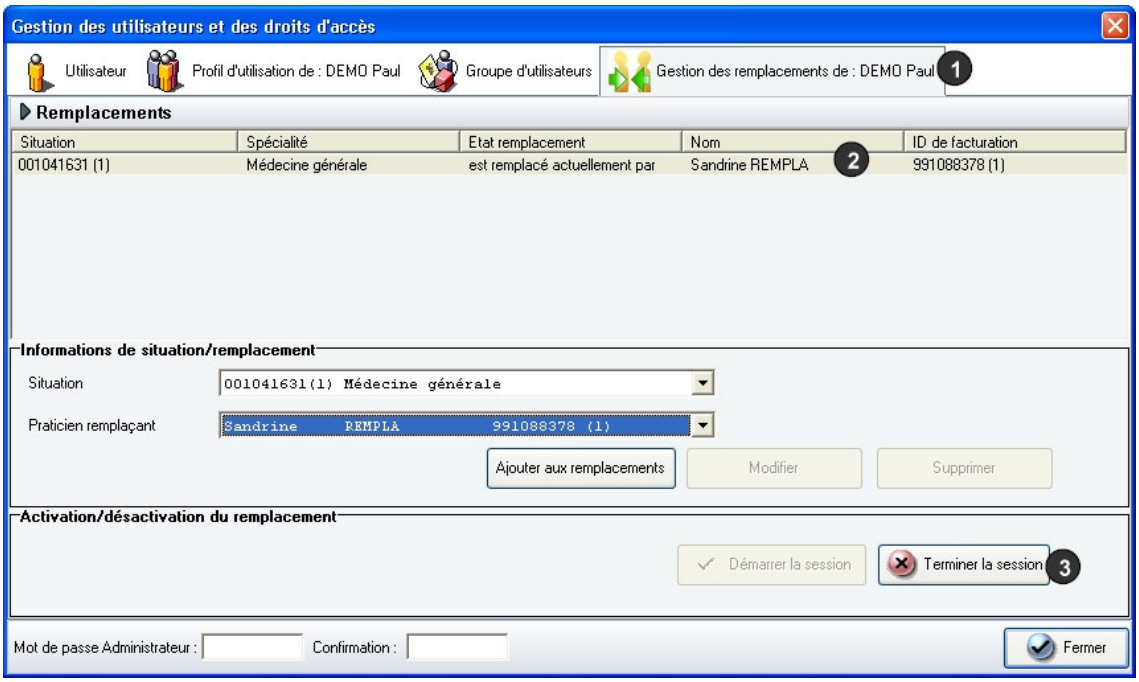

Fichier Paramètres Aide
Praticien DEMO Paul (001041631
Identification CPS
Votre Intranet Praticien
Mise à jour en ligne
Date du jour : 26/06/2006 Situation 99108837 8 - Remplaçant
Logiciel lecteur : V 1.40
Sandrine REMPLA Remplaçant 991088378 (1) remplace actuellement Paul DEMO Médecine générale 001041631 (1)

Le praticien remplaçant peut utiliser le logiciel AxiAM.

4.2.d. Clôturer la session de remplacement

- Identifiez-vous en tant qu'administrateur à l'ouverture du logiciel.
- Saisissez le Mot de passe s'il existe.
- Cliquez sur Ouvrir la session.
- Cliquez sur le menu Administration dans la barre des menus.

La fenêtre Gestion des utilisateurs et des droits d'accès apparaît :



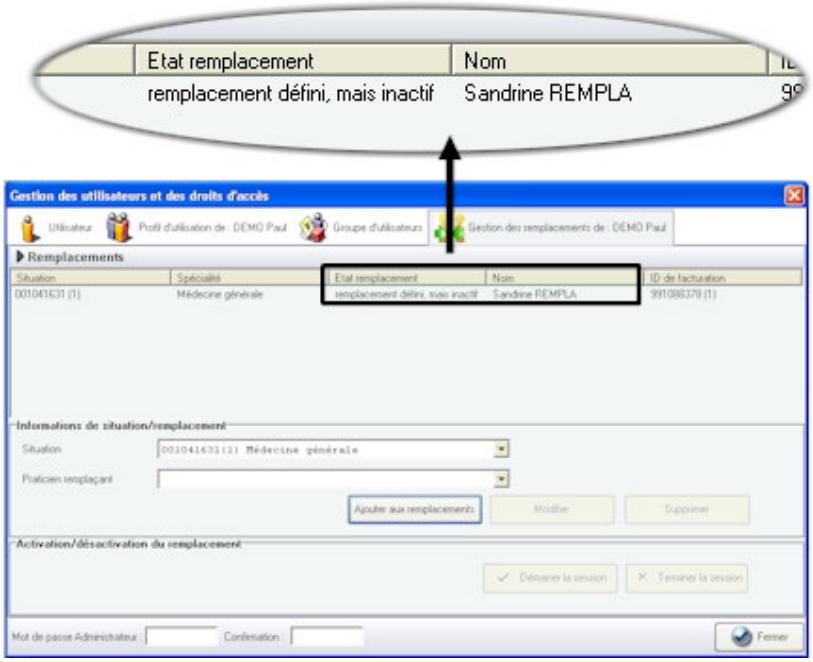
- Sélectionnez, dans l'onglet Utilisateurs, le nom du praticien remplacé. Dans notre exemple le docteur Demo Paul.
- 1 Cliquez sur l'onglet Gestion des remplacements de : Demo Paul.
- 2 Sélectionnez le nom du praticien remplaçant dans la zone Remplacements, Dr Rempla Sandrine dans notre exemple.
- 3 Cliquez sur

.
- Insérez la carte du praticien remplacé dans le lecteur de carte, Dr Demo Paul dans notre exemple.
- Cliquez sur

au message suivant :

- Saisissez le code porteur de la carte du **praticien remplacé** et cliquez sur :

La session de remplacement est maintenant inactive :



› Sélectionnez le menu Fichier puis Quitter pour fermer le logiciel.

4.3. La secrétaire

Pour créer un profil utilisateur à votre secrétaire, à l'aide de sa carte CPE (Carte d'Etablissement Professionnel), identifiez-vous en tant qu'administrateur à l'ouverture du logiciel :

› Saisissez le mot de passe s'il existe.

› Cliquez sur

.

› Cliquez sur

.

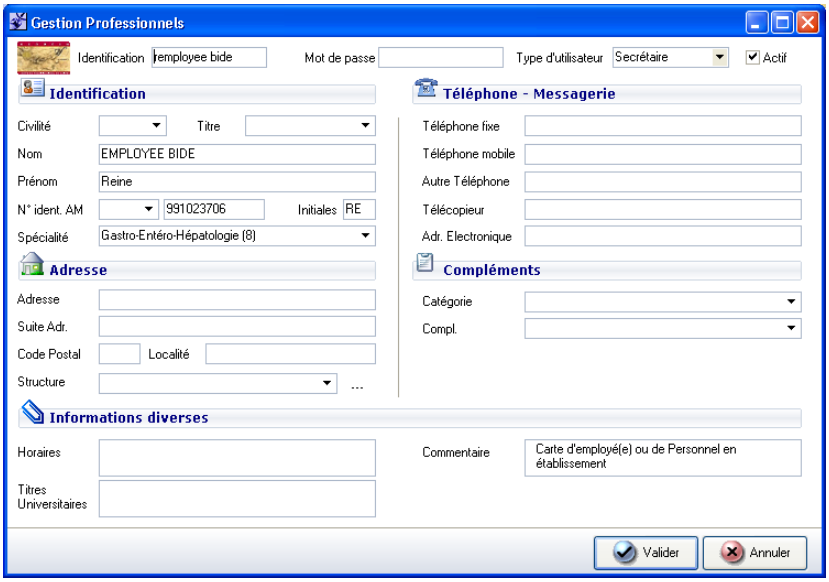
› Effectuez un clic droit dans la fenêtre et sélectionnez Ajouter un utilisateur.

› Insérez la CPE dans le lecteur de carte Vitale.

› Cliquez sur .

› Saisissez le code porteur de la carte et cliquez sur .

Les champs Identification et Type d'utilisateur ainsi que ceux de la zone Identification sont automatiquement remplis à partir des informations de la CPE :



› Cliquez sur

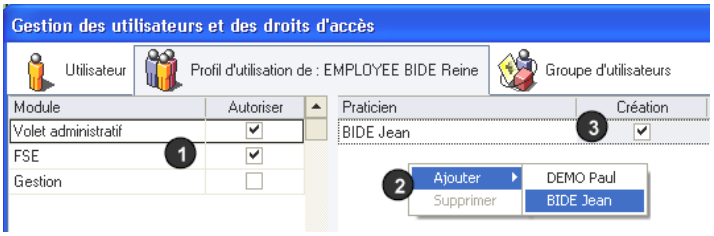
.

Vous revenez sur la fenêtre Gestion des utilisateurs et des droits d'accès.

› Sélectionnez la ligne nouvellement créée.

› Cliquez sur la rubrique

.



Pour chaque module, définissez les droits pour la secrétaire. Pour cela :

› ❶ Sélectionnez le module, en cochant la case Autoriser. Il est possible de sélectionner plusieurs modules à l'aide d'un CTRL + Clic.

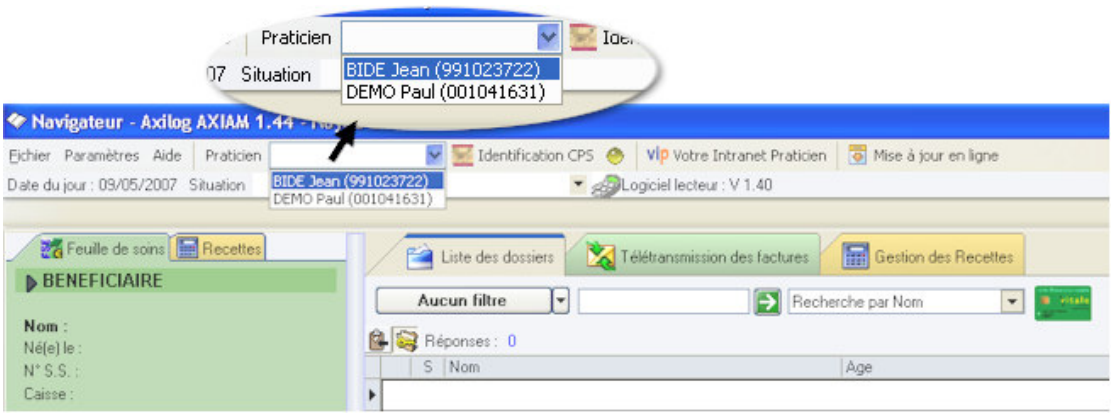
› ❷ Effectuez un clic droit dans la zone Praticien et choisissez Ajouter > Le nom du praticien.

› ❸ Cochez la case si vous permettez l'action, décochez-la si vous désirez l'interdire pour le praticien choisi et cela pour chacune des actions (Création, Modification, Suppression, Impression).

› Cliquez sur

.

Lorsque la secrétaire s'identifiera, elle devra choisir le praticien pour lequel elle travaille :



5. Modifier un profil utilisateur

5.1. Le changement de carte PS

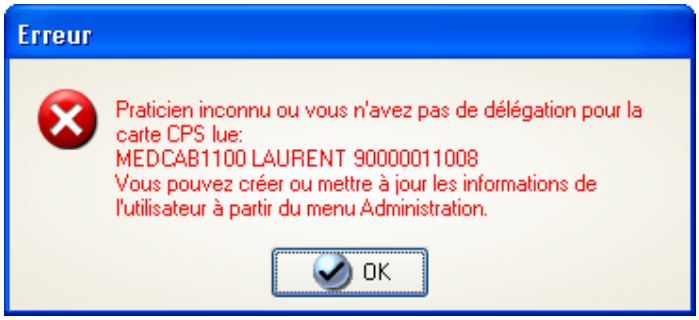
Le numéro de facturation est identique à celui précédemment utilisé

Lorsque vous recevez une nouvelle carte CPS, si celle-ci contient maintenant un numéro RPPS au lieu d'un numéro Adéli et que le numéro de facturation est identique à celui précédemment utilisé, il vous faut mettre à jour votre profil.

Il vous faut impérativement avant d'effectuer la mise à jour de votre profil :

- Décharger les factures de votre lecteur TLA.
- Envoyer toutes les feuilles de soins électroniques en attente de télétransmission.
- Réceptionner vos retours ARL et NOEMIE correspondants.
- Transférer les retours NOEMIE en comptabilité si utilisée.

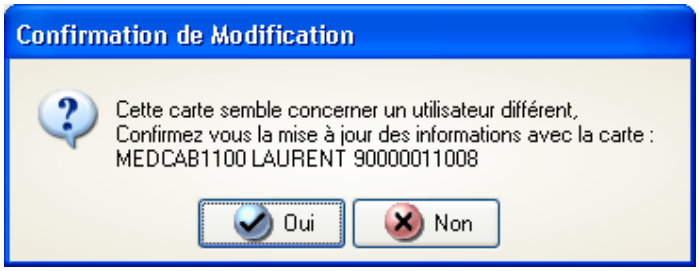
A la lecture de la nouvelle carte si le profil n'est pas mis à jour ce message apparaît :


Erreur
Praticien inconnu ou vous n'avez pas de délégation pour la carte CPS lue:
MEDCAB1100 LAURENT 90000011008
Vous pouvez créer ou mettre à jour les informations de l'utilisateur à partir du menu Administration.
OK

- Cliquez sur OK à ce message et laissez dans le lecteur la nouvelle carte.
- Sélectionnez Fichier puis Déconnexion.
- Sélectionnez l'utilisateur **Administrateur** à la fenêtre Identification utilisateur, saisissez le mot de passe si présent et cliquez sur Ouvrir la session.
- Cliquez sur le menu

dans la barre des menus.
- Effectuez un clic droit sur la ligne de votre profil et sélectionnez Modifier données utilisateur.
- Cliquez sur en haut à gauche dans la fenêtre qui vient de s'ouvrir Gestion des professionnels.
- Saisissez le code porteur de la nouvelle carte et validez la saisie.

Le message suivant apparaît :


Confirmation de Modification
Cette carte semble concerner un utilisateur différent,
Confirmez vous la mise à jour des informations avec la carte :
MEDCAB1100 LAURENT 90000011008
Oui
Non

- Cliquez sur OUI pour effectuer la mise à jour.
- Cliquez sur Valider et fermez la fenêtre Gestion des utilisateurs et des droits d'accès.
- Sélectionnez Fichier puis Déconnexion.
- Sélectionnez votre profil à la fenêtre Identification utilisateur, saisissez le mot de passe si présent et cliquez sur Ouvrir la session.

Vous pouvez utiliser le logiciel comme à votre habitude avec votre nouvelle carte CPS.

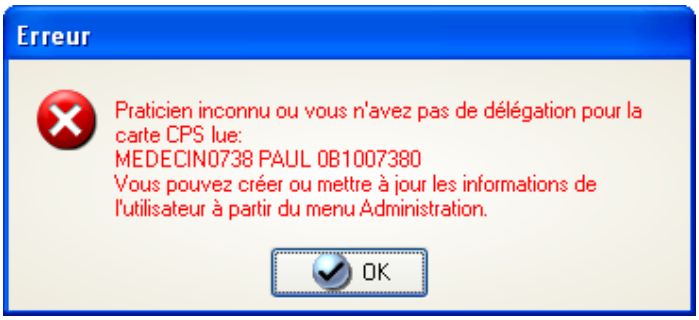
Le numéro de facturation est différent de celui précédemment utilisé

Si vous avez reçu une nouvelle carte professionnelle mais que celle-ci contient un numéro de facturation différent de celui utilisé jusque là, il vous faut synchroniser vos données avec votre nouvelle carte CPS.

Il vous faut impérativement avant de synchroniser vos données :

- Décharger les factures de votre lecteur TLA.
- Envoyer toutes les feuilles de soins électroniques en attente de télétransmission.
- Réceptionner vos retours ARL et NOEMIE correspondants.
- Transférer les retours NOEMIE en comptabilité si utilisée.

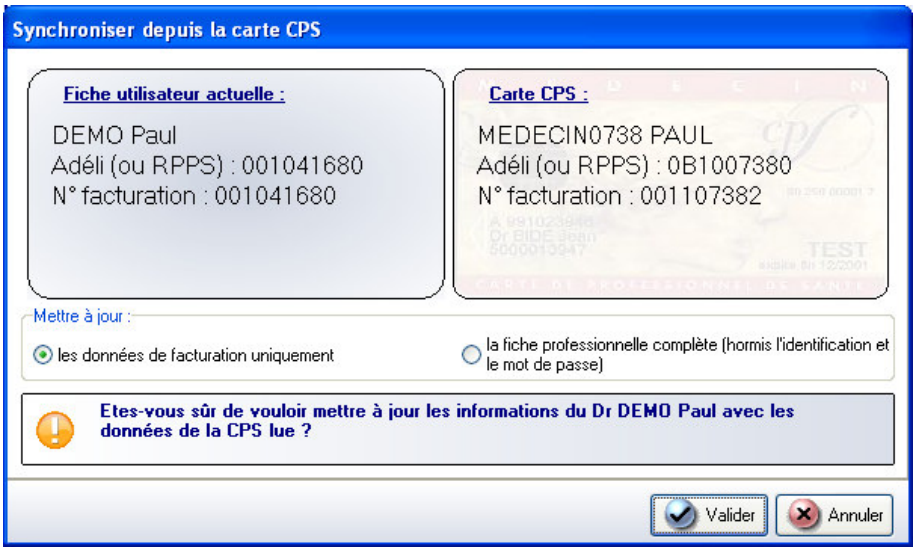
A la lecture de la nouvelle carte si le profil n'est pas mis à jour ce message apparaît :


Erreur
Praticien inconnu ou vous n'avez pas de délégation pour la carte CPS lue:
MEDECIN0738 PAUL 0B1007380
Vous pouvez créer ou mettre à jour les informations de l'utilisateur à partir du menu Administration.
OK

- Cliquez sur OK à ce message et laissez dans le lecteur la nouvelle carte.
- Sélectionnez Fichier puis Déconnexion.
- Sélectionnez l'utilisateur **Administrateur** à la fenêtre Identification utilisateur, saisissez le mot de passe si présent et cliquez sur Ouvrir la session.
- Cliquez sur le menu

dans la barre des menus.
- Effectuez un clic droit sur la ligne de votre profil et sélectionnez Modifier données utilisateur.
- Cliquez sur en haut à gauche dans la fenêtre Gestion des professionnels.
- Saisissez le code porteur de la nouvelle carte et validez la saisie.

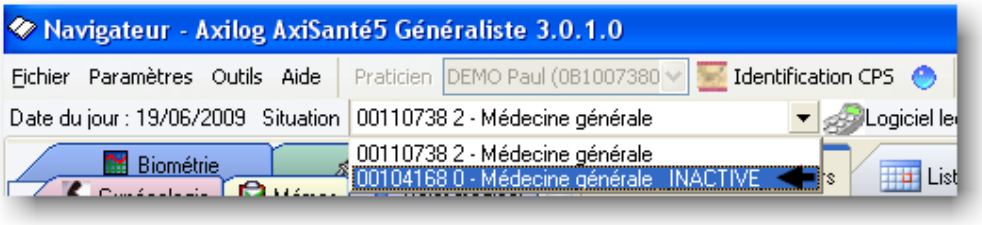
La fenêtre suivante apparaît :


Synchroniser depuis la carte CPS
Fiche utilisateur actuelle :
DEMO Paul
Adéli (ou RPPS) : 001041680
N° facturation : 001041680
Carte CPS :
MEDECIN0738 PAUL
Adéli (ou RPPS) : 0B1007380
N° facturation : 001107382
Mettre à jour :
les données de facturation uniquement
la fiche professionnelle complète (hormis l'identification et le mot de passe)
Etes-vous sûr de vouloir mettre à jour les informations du Dr DEMO Paul avec les données de la CPS lue ?
Valider
Annuler

- Sélectionnez votre choix de mise à jour (les données de facturation uniquement ou la fiche professionnelle complète (hormis l'identification et le mot de passe).
- Cliquez sur Valider pour lancer la synchronisation.
- Cliquez sur Oui à la fenêtre de Confirmation.
- Cliquez sur Valider et fermez la fenêtre Gestion des utilisateurs et des droits d'accès.
- Sélectionnez Fichier puis Déconnexion.

› Sélectionnez votre profil à la fenêtre Identification utilisateur, saisissez le mot de passe si présent et cliquez sur Ouvrir la session.

Les anciens n° Adéli ou RPPS et les situations de facturations sont archivées et accessibles à partir de la liste des Situations en haut du Navigateur :



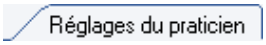
5.2. Indiquer un n° de facturation par défaut

Lorsque vous avez plusieurs numéros de facturation, vous avez la possibilité de mentionner un numéro de facturation par défaut.

› Sélectionnez le menu Paramètres / Préférences.

› Effectuez un clic sur

à gauche de la fenêtre.

› Assurez vous que l'onglet 

est bien sélectionné.

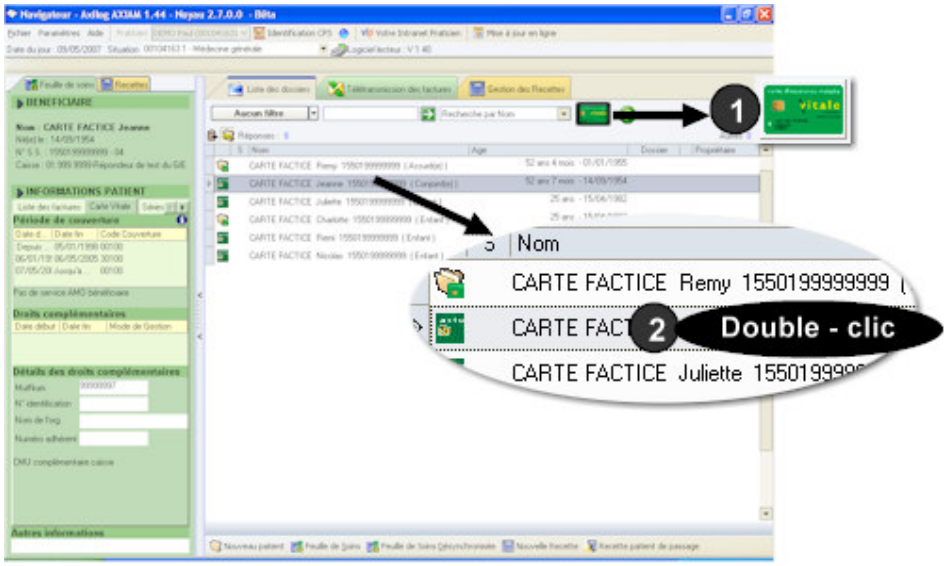
› Cliquez sur la flèche noire à droite du champ Situation de facturation par défaut, et sélectionnez le numéro qui doit s'afficher par défaut à l'ouverture du logiciel

.

› Cliquez sur Fermer.

6. Créer un dossier patient

6.1. A l'aide d'une carte Vitale



› 1 Cliquez sur pour lire la carte Vitale.

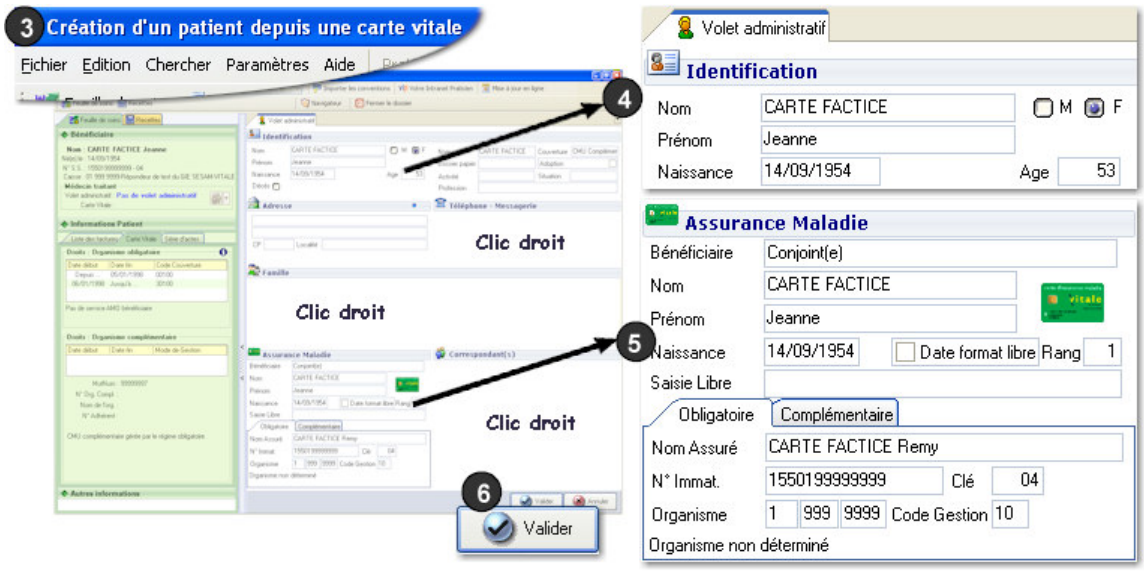
› 2 Double-cliquez sur le dossier patient à créer dans la liste qui s'affiche.

Signale la présence d'un dossier pour ce patient dans votre base de données.

Signale que le patient n'a pas de dossier créé.

Signale qu'un dossier patient dans votre base peut correspondre au patient sélectionné sur la carte Vitale et qu'il peut être mis à jour à partir des éléments contenus dans la carte Vitale.

Signale que plusieurs dossiers patients dans votre base peuvent correspondre au patient sélectionné sur la carte Vitale.



3 Une nouvelle fenêtre s'affiche, intitulée Création d'un patient depuis une carte Vitale.

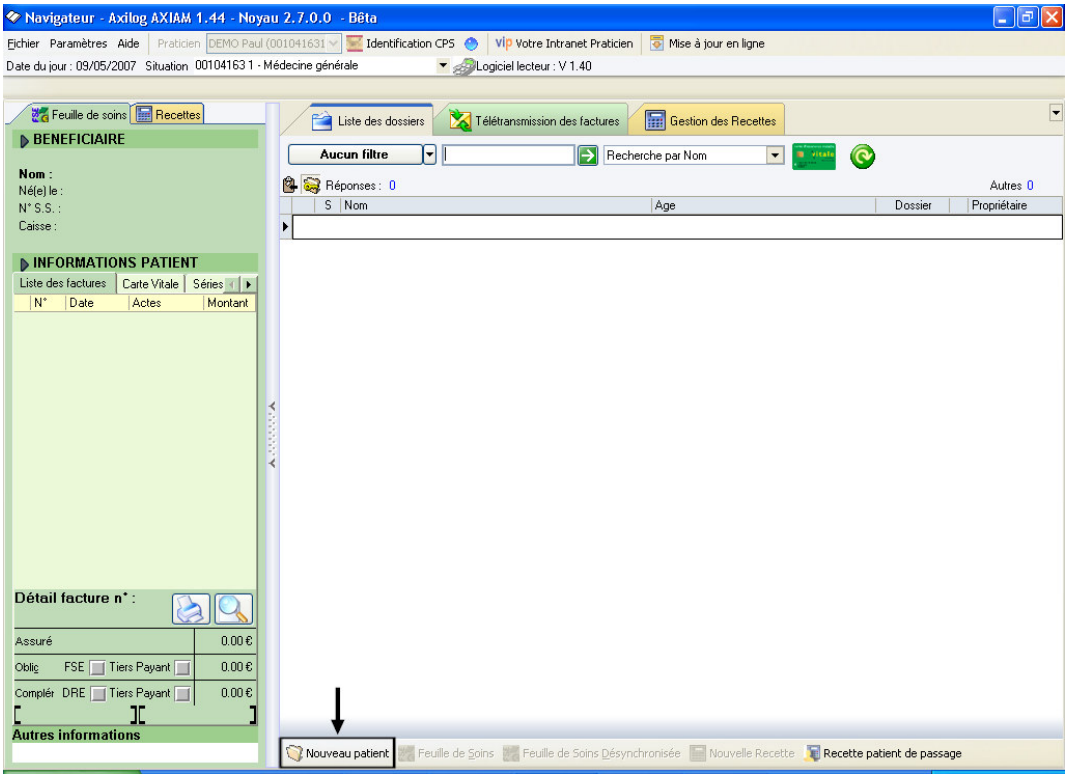
4 Un onglet intitulé Volet administratif s'affiche, avec la zone Identification en partie remplie par les informations de la carte Vitale (nom, prénom et date de naissance, l'âge est automatiquement calculé).

5 La partie Assurance Maladie est également remplie avec les informations de la carte Vitale. Un champ Saisie libre au bas de cette section vous permet de saisir une information complémentaire. Cette information apparaitra dans la section Autres informations au bas du visualisateur (à gauche).
Remplissez les autres zones de ce volet administratif si vous le désirez, en saisie libre pour l'adresse, à l'aide du clic droit pour le téléphone, pour la gestion des liens familiaux et pour les correspondants.

6 Cliquez sur

pour finaliser la création du dossier administratif.
Vous pouvez maintenant créer une feuille de soins pour le patient.

6.2. Sans carte Vitale



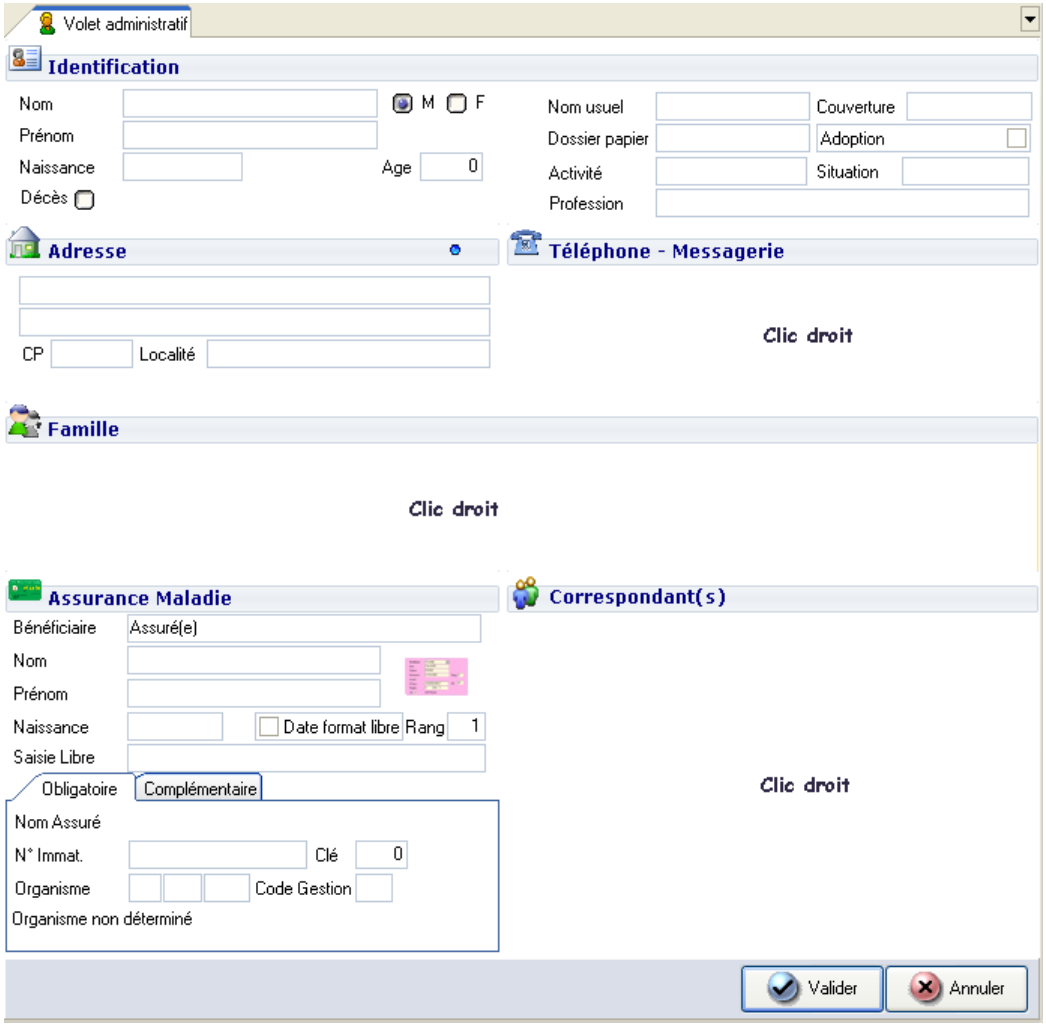
› Cliquez sur

au bas de la fenêtre Navigateur.

Une fenêtre, distincte du Navigateur et correspondant au nouveau dossier, s'ouvre avec un onglet Volet Administratif en mode saisie.

Le remplissage du Volet administratif est la première étape, obligatoire, de la création du dossier patient.

Dans cette fenêtre, seuls les nom, prénom, date de naissance et sexe sont obligatoires. Vous n'êtes pas contraint de respecter un ordre particulier pour remplir les zones de saisie. Elles peuvent être complétées au fur et à mesure des visites :



Pour créer une FSE en mode dégradé, la partie Assurance Maladie doit être entièrement remplie sauf Saisie libre qui est un champ à titre d'information uniquement.

Pour renseigner les parties Téléphone – Messagerie, Famille et Correspondant utilisez le clic droit.

Enregistrez votre dossier patient en cliquant sur

au bas de la fenêtre.

Pour passer d'une zone à une autre, il est conseillé d'utiliser la touche "Tabulation " située à gauche de la lettre A sur le clavier alphanumérique. La tabulation est obligatoire pour valider les saisies de chiffres ou dates.

Lorsque le patient amène sa carte Vitale, vous devez lier le dossier patient existant à sa carte Vitale (voir Mise à jour du dossier depuis la carte Vitale).

7. Modifier un dossier patient

7.1. Définir le médecin traitant

Pour renseigner le médecin traitant du patient dans son dossier, procédez de la manière suivante :

Depuis le Visualisateur

- Cliquez sur pour lire la carte Vitale depuis le Navigateur.
- Double-cliquez sur le dossier patient concerné pour l'ouvrir, dans la liste qui s'affiche.

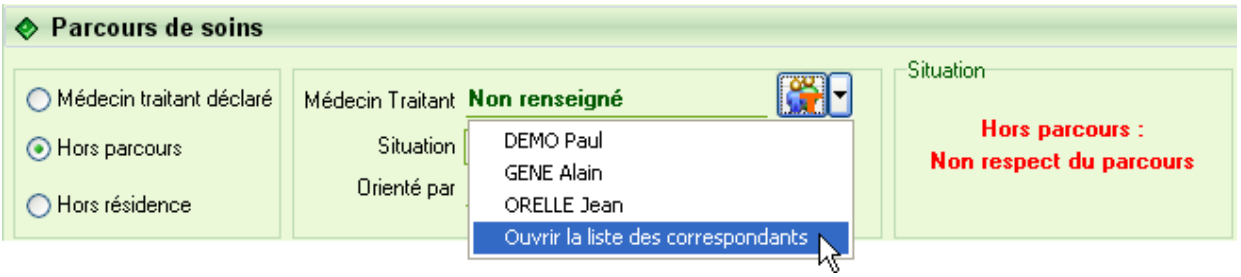
- Cliquez sur dans l'onglet Feuille de soins et sélectionnez Ouvrir la liste des correspondants (ou sélectionnez le médecin traitant présent dans la liste des dix médecins traitants les plus utilisés).
- Double-cliquez dans la liste sur le nom du médecin traitant.

Si vous êtes le médecin traitant, cliquez sur votre nom. Si le médecin n'existe pas dans la liste, vous pouvez l'ajouter par un clic droit dans la liste puis en sélectionnant Nouveau correspondant.
Dans le Visualisateur, le nom du médecin traitant est précisé dans l'onglet Feuille de Soins :

Feuille de soins
Recettes
Bénéficiaire
Nom : SPECIMEN CARTE Marie-amelie
Né(e) le : 01/04/1964
N° S.S. : 2640499999999 - 46
Caisse : 01 999 9999-Répondeur de test du GIE SESAM-VITALE
Médecin traitant
Volet administratif : Paul DEMO
Carte Vitale :

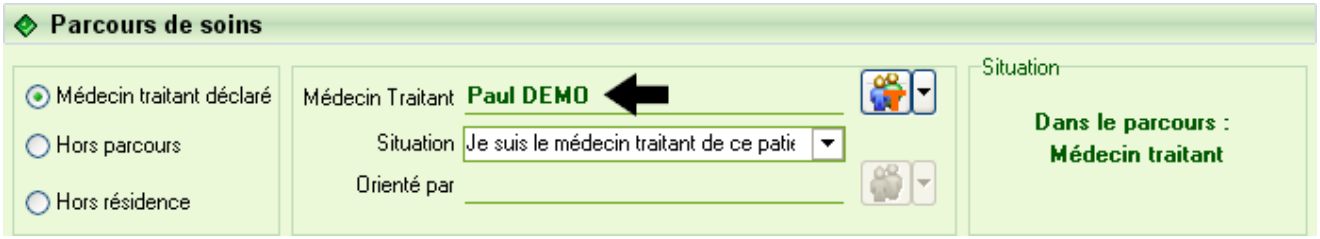
Depuis le 1er ou le 2ème écran de création d'une facture

Lorsque vous êtes le médecin traitant du patient vous pouvez ajouter cette information au dossier du patient pendant la création d'une facture.



- Cliquez sur dans la zone Parcours de soins et sélectionnez Ouvrir la liste des correspondants (ou sélectionnez le médecin traitant présent dans la liste des dix médecins traitants les plus utilisés).
- Double-cliquez dans la liste sur le nom du médecin traitant.

  Si vous êtes le médecin traitant, cliquez sur votre nom. Si le médecin n'existe pas dans la liste, vous pouvez l'ajouter par un clic droit dans la liste puis en sélectionnant Nouveau correspondant.
  Dans le 1er et 2ème écran de création d'une Feuille de Soins, le nom du médecin traitant apparaît dans la zone Parcours de soins :



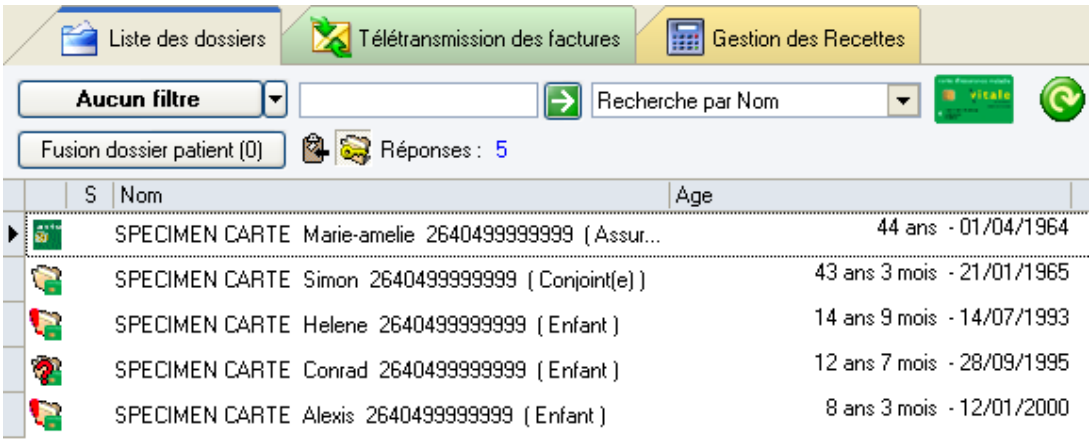
7.2. Mise à jour du dossier depuis la carte Vitale

7.2.a. Mise à jour automatique

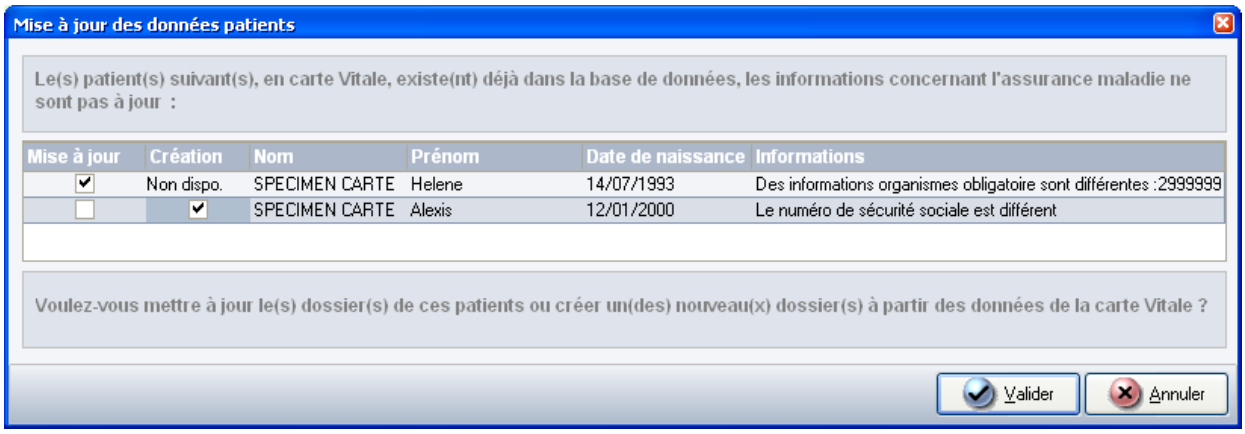
A la lecture d'une carte Vitale, une comparaison entre l'ensemble des dossiers patients et les bénéficiaires inscrits en carte est effectuée sur les critères suivants :

- Numéro de sécurité sociale (critère discriminant)
- Date de naissance (critère discriminant)
- Rang de naissance (critère discriminant)
- Nom du bénéficiaire (critère secondaire)
- Prénom du bénéficiaire (critère secondaire)

La comparaison est effectuée avec les informations présentes dans la zone Assurance Maladie du volet administratif. Les informations renseignées dans la zone Identification ne sont pas concernées par la comparaison et la mise à jour depuis la carte Vitale.


Liste des dossiers
Télétransmission des factures
Gestion des Recettes
Aucun filtre
Recherche par Nom
Fusion dossier patient (0)
Réponses : 5
S
Nom
Age
SPECIMEN CARTE Marie-amelie 2640499999999 (Assur... 44 ans - 01/04/1964
SPECIMEN CARTE Simon 2640499999999 (Conjoint(e)) 43 ans 3 mois - 21/01/1965
SPECIMEN CARTE Helene 2640499999999 (Enfant) 14 ans 9 mois - 14/07/1993
SPECIMEN CARTE Conrad 2640499999999 (Enfant) 12 ans 7 mois - 28/09/1995
SPECIMEN CARTE Alexis 2640499999999 (Enfant) 8 ans 3 mois - 12/01/2000

Si 1 des 5 critères diffère pour un ou plusieurs bénéficiaires, l'icône précède le bénéficiaire dans le navigateur et la fenêtre suivante s'affiche automatiquement :


Mise à jour des données patients
Le(s) patient(s) suivant(s), en carte Vitale, existe(nt) déjà dans la base de données, les informations concernant l'assurance maladie ne sont pas à jour :
Mise à jour
Création
Nom
Prénom
Date de naissance
Informations
Non dispo.
SPECIMEN CARTE
Helene
14/07/1993
Des informations organismes obligatoire sont différentes :2999999
SPECIMEN CARTE
Alexis
12/01/2000
Le numéro de sécurité sociale est différent
Voulez-vous mettre à jour le(s) dossier(s) de ces patients ou créer un(des) nouveau(x) dossier(s) à partir des données de la carte Vitale ?
Valider
Annuler

Vous avez 2 possibilités :

- Mise à jour du dossier existant
- Création d'un nouveau dossier

› Cochez/Décochez les cases en fonction de votre choix.

Vous pouvez cocher Création, uniquement si l'un des 3 critères discriminants est différent.

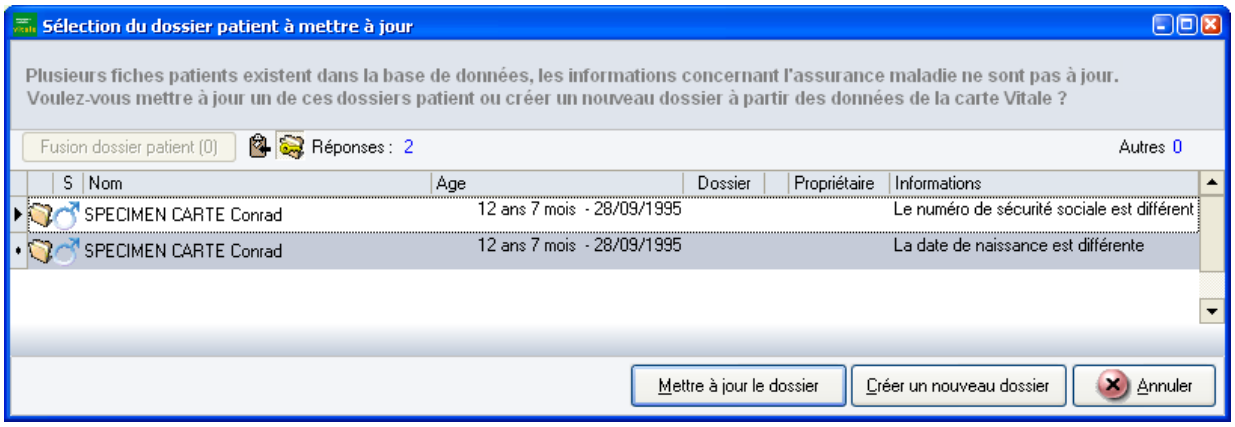
› Cliquez sur Valider pour mettre à jour ou créer le dossier des bénéficiaires sélectionnés en fonction des informations présentes en carte Vitale.

La mise à jour ou la création est effectuée, le navigateur est affiché vous permettant de choisir le dossier à ouvrir.

Si 4 des 5 critères d'un même bénéficiaire sont retrouvés dans plusieurs des dossiers patients, l'icône précède le bénéficiaire dans le navigateur :

› Double-cliquez sur le bénéficiaire précédé de l'icône .

La fenêtre suivante s'affiche :


Sélection du dossier patient à mettre à jour
Plusieurs fiches patients existent dans la base de données, les informations concernant l'assurance maladie ne sont pas à jour.
Voulez-vous mettre à jour un de ces dossiers patient ou créer un nouveau dossier à partir des données de la carte Vitale ?
Fusion dossier patient (0)
Réponses : 2
Autres 0
S
Nom
Age
Dossier
Propriétaire
Informations
SPECIMEN CARTE Conrad
12 ans 7 mois - 28/09/1995
Le numéro de sécurité sociale est différent
SPECIMEN CARTE Conrad
12 ans 7 mois - 28/09/1995
La date de naissance est différente
Mettre à jour le dossier
Créer un nouveau dossier
Annuler

Vous avez 2 possibilités :

- Mise à jour du dossier existant
- Création d'un nouveau dossier

Mise à jour du dossier existant :

› Sélectionnez le dossier existant à mettre à jour, dans la fenêtre qui s'affiche, et cliquez sur Mettre à jour le dossier.

La mise à jour de la partie Assurance Maladie est effectuée, le dossier est automatiquement ouvert.

Création d'un nouveau dossier :

› Cliquez sur Créer un nouveau dossier pour créer un nouveau dossier à partir des informations inscrites en carte Vitale (ce bouton s'affiche seulement si c'est l'un des 3 critères discriminants qui diffère).

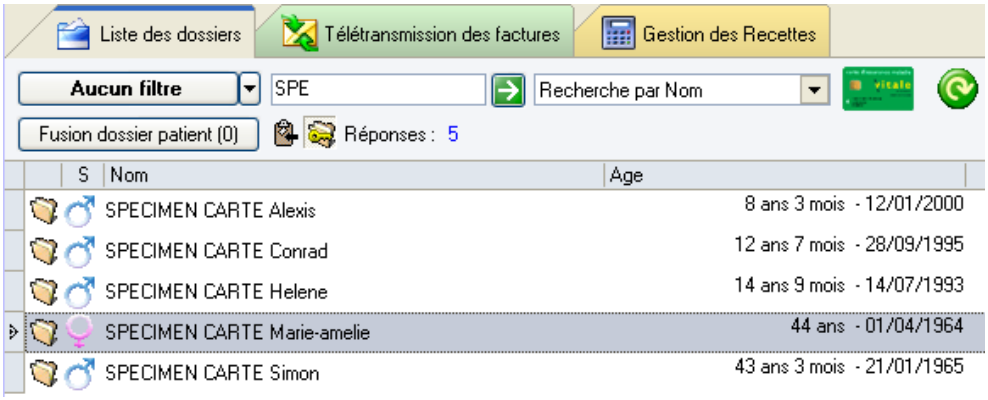
La création est effectuée, le dossier est automatiquement ouvert.

7.2.b. Mise à jour manuelle

Dans le cas où la mise à jour d'un dossier n'est pas proposée automatiquement, vous pouvez effectuer une synchronisation manuelle du dossier patient avec les données de la carte Vitale.

Vous avez 2 possibilités :

A partir du navigateur

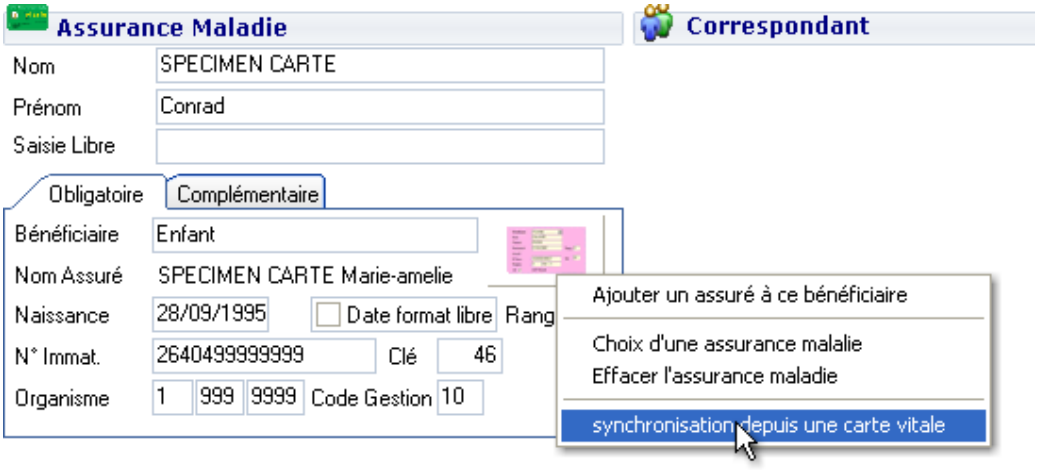


- Effectuez une recherche du dossier patient depuis le Navigateur (en tapant les premiers caractères de son nom, dans notre exemple, SPE).
- Insérez la carte Vitale du patient dans le lecteur.
- Effectuez un clic droit sur le nom du patient pour afficher le menu contextuel.
- Sélectionnez Synchronisation depuis une carte Vitale.
- Double cliquez sur le nom du patient dans la fenêtre Recherche qui apparaît.

L'icône précède le bénéficiaire dans le navigateur. La synchronisation est réalisée.

A partir du Volet administrative

- Effectuez une recherche du dossier patient depuis le Navigateur (en tapant les premiers caractères de son nom, dans notre exemple, SPE).
- Double cliquez sur le nom du patient.
- Cliquez sur le bouton Modifier au bas du Volet administratif.
- Insérez la carte Vitale du patient dans le lecteur.



- Cliquez au besoin sur dans la zone Assurance Maladie et sélectionnez Passage en mode papier.

La carte affichée devient rose.

- Cliquez sur et sélectionnez Synchronisation depuis une carte Vitale.

- Double cliquez sur le nom du patient dans la fenêtre Recherche qui apparaît.
- Cliquez sur Valider.

  L'icône de la carte est passée de la couleur rose à la couleur verte. La synchronisation est réalisée.

7.3. Lier un patient à plusieurs assurés

Dans le cas où un patient est le bénéficiaire de 2 assurés (exemple : un enfant inscrit sur les cartes de ses 2 parents), vous pouvez renseigner les 2 assurés dans le Volet administratif. Cette fonction n'est accessible que si le patient n'est pas l'assuré.

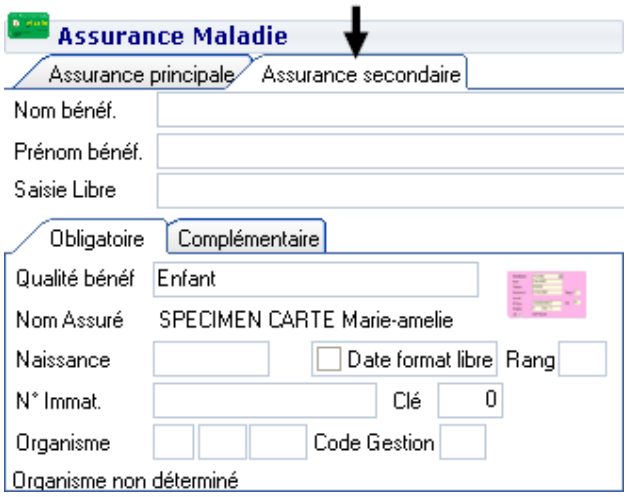
Depuis le Volet administratif

- Cliquez sur

en bas de l'onglet Volet administratif.
- Cliquez sur

dans la zone Assurance Maladie pour afficher le menu contextuel.
- Sélectionnez Ajouter une assurance à ce bénéficiaire (Cette fonction n'est accessible que si le patient n'est pas l'assuré).

  Un nouvel onglet s'affiche permettant de visualiser l'une ou l'autre des assurances.



- Insérez la carte Vitale de l'Assuré secondaire.
- Cliquez sur l'onglet Assurance secondaire.
- Cliquez sur puis sélectionnez Synchronisation depuis une carte Vitale.
- Double cliquez sur le nom du bénéficiaire parmi ceux proposés.
- Cliquez sur Valider.

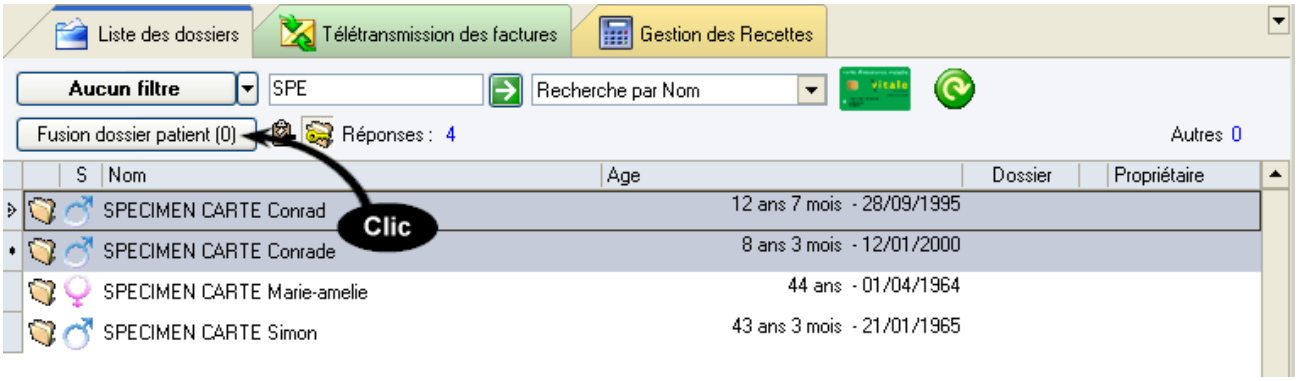
  L'icône de la carte est passée de la couleur rose à la couleur verte. La synchronisation pour l'assurée secondaire est réalisée.

7.4. Fusion de dossiers patients

Dans le cas où 2 dossiers ont été créés pour un même patient (à partir de la carte Vitale et manuellement), vous pouvez les fusionner en un seul dossier.

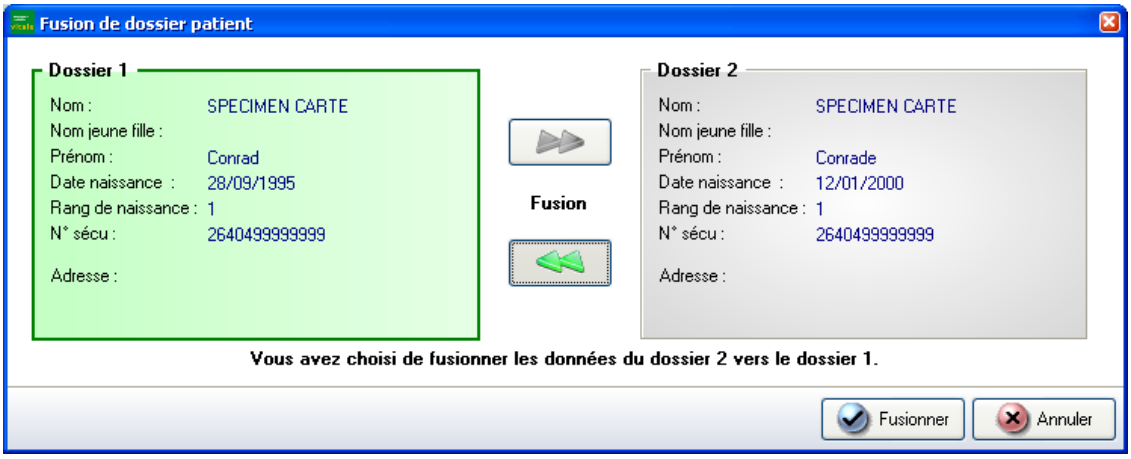
Depuis le navigateur

- Recherchez les 2 dossiers patients à fusionner.
- Maintenez la touche CTRL et cliquez sur chaque dossier pour les sélectionner.



- Faites glisser la souris, en maintenant appuyer le bouton gauche, vers le bouton Fusion dossier patient (0) du Navigateur.

La fenêtre de fusion s'affiche :



- Cliquez sur ou pour respectivement fusionner les informations vers le dossier de gauche ou de droite. Dans l'exemple, la fusion sera effectuée vers le dossier 1.
- Cliquez sur le bouton Fusionner.

7.5. Définir le payeur d'un patient

Afin qu'un payeur autre que le patient soit proposé par défaut lors de la saisie d'une recette, procédez de la façon suivante :

Depuis le Volet administratif

- Cliquez sur en bas de l'onglet Volet administratif.
- Effectuez un clic droit dans la zone Famille sur le membre souhaité en tant que payeur pour afficher le menu contextuel.
- Sélectionnez Payeur.

L'icône apparaît sur la ligne du membre de la famille pour indiquer son statut de Payeur.

8. Créer une Facture sécurisée

8.1. Description des écrans

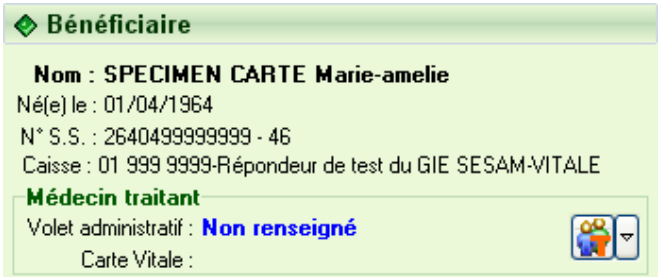
8.1.a. Présentation du Visualisateur

L'onglet Feuille de soins

Après lecture de la carte Vitale, vous accédez à certaines informations concernant le patient depuis l'onglet Feuille de soins.

Par défaut le premier onglet sélectionné après la lecture de carte est l'onglet Carte Vitale dans la zone INFORMATIONS PATIENT.

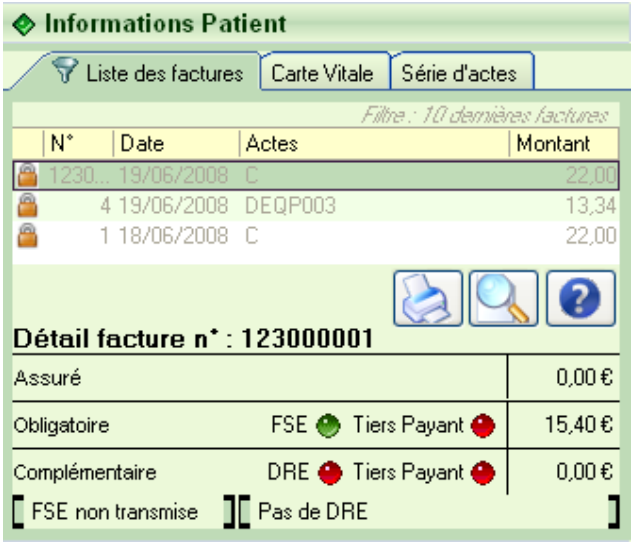
Zone Bénéficiaire


Bénéficiaire
Nom : SPECIMEN CARTE Marie-amelie
Né(e) le : 01/04/1964
N° S.S. : 2640499999999 - 46
Caisse : 01 999 9999-Répondeur de test du GIE SESAM-VITALE
Médecin traitant
Volet administratif : Non renseigné
Carte Vitale :

Cette zone recense les nom et prénom du patient, sa date de naissance, son numéro de sécurité sociale, la caisse primaire à laquelle le patient est rattaché, le médecin traitant si vous l'avez renseigné dans le volet administratif et la présence du médecin traitant si elle est indiquée sur la carte Vitale.

Un clic sur ce bouton permet de définir et enregistrer le médecin traitant dans le volet administratif du patient (voir Définir le médecin traitant).
Si vous avez renseigné un médecin traitant dans le volet administratif ou à partir du visualisateur, il sera proposé par défaut dans la zone Parcours de soins dans le premier et le deuxième écran de création de la facture.

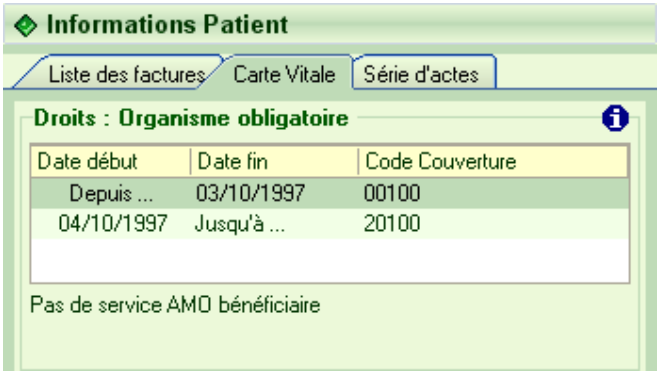
Onglet Liste des factures



Cet onglet permet de visualiser la liste des factures réalisées pour le patient.
Le tri des factures est réalisé sur la date de facturation, la plus récente en premier.
Les factures grisées ont été réalisées avec une situation d'assurance différente de celle affichée dans la zone Bénéficiaire. Cela peut être le cas après un changement de situation du patient (mise à jour de l'assurance en carte Vitale) ou pour les bénéficiaires présents sur plusieurs cartes Vitale.
Un clic sur une facture permet d'afficher les renseignements sur la feuille de soins : si un tiers payant est réalisé pour cette feuille de soins ou pas, le montant facturé…

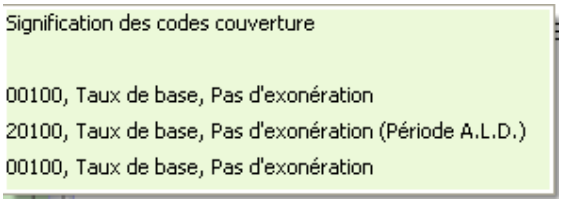
L'icône et la ligne *Filtre : 10 dernières factures* indiquent la présence d'un filtre sur le nombre de factures affichées.
Voir la zone Affichage des factures dans le visualisateur dans le chapitre Saisir les réglages praticien pour modifier le paramétrage.

Onglet Carte Vitale

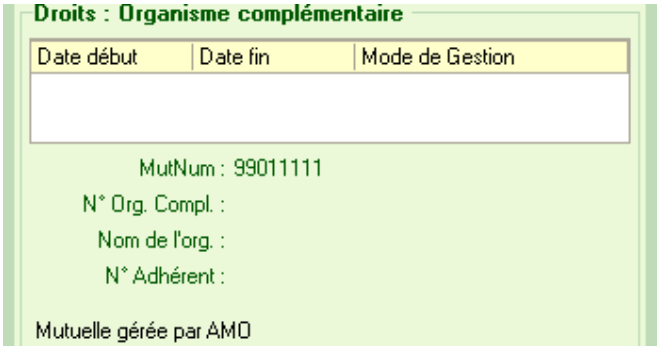


Cet onglet affiche les informations contenues en carte Vitale (uniquement lorsque la carte Vitale est lue).
La rubrique Organisme obligatoire indique les périodes de couverture (prise en charge) par un organisme obligatoire.
Un message vous avertira lorsque la carte Vitale arrivera en fin de validité.

Un clic sur cet icône permet d'obtenir la signification des codes couverture :


Signification des codes couverture
00100, Taux de base, Pas d'exonération
20100, Taux de base, Pas d'exonération (Période A.L.D.)
00100, Taux de base, Pas d'exonération

La rubrique Organisme complémentaire indique les droits à la complémentaire contenus en carte Vitale :

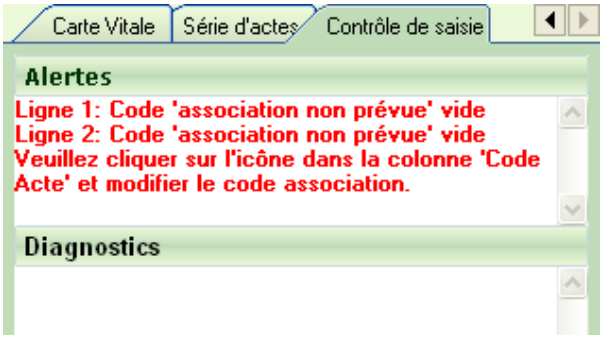


Un message vous avertira lorsque la complémentaire arrivera en fin de droit.

L'onglet Séries d'actes

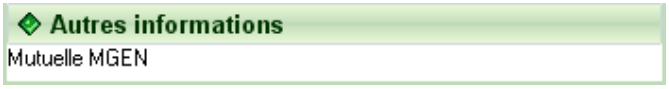
Recense les séries d'actes en cours de réalisation pour le patient.
Un clic droit sur la série d'acte en cours permet de la compléter.

L'onglet Contrôle de saisie


Carte Vitale
Série d'actes
Contrôle de saisie
Alertes
Ligne 1: Code 'association non prévue' vide
Ligne 2: Code 'association non prévue' vide
Veuillez cliquer sur l'icône dans la colonne 'Code Acte' et modifier le code association.
Diagnostics

Cette onglet est présent en cours de facturation afin d'afficher les messages d'alerte ainsi que les informations complémentaires concernant la facture.

Champ Autres informations



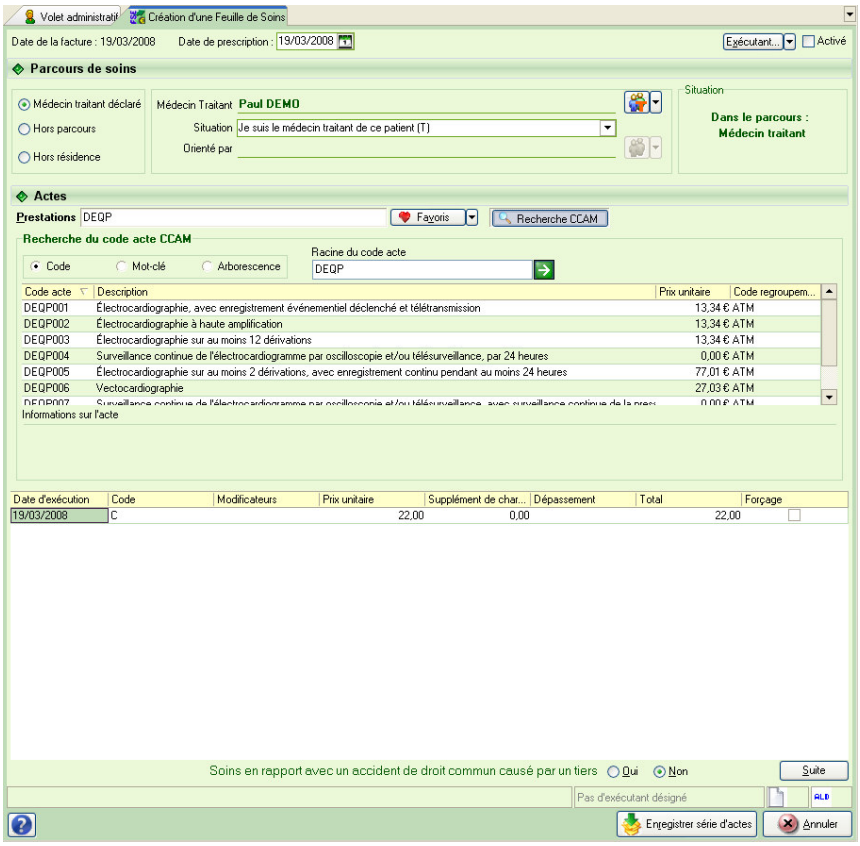
Ce champ permet d'afficher un commentaire libre. L'information affichée doit être saisie dans le champ Saisie libre de la section Assurance Maladie du volet administratif lors de la création de la fiche patient (voir Créer un dossier patient).

8.1.b. Présentation du 1er écran de création de la facture

1er écran de la facture

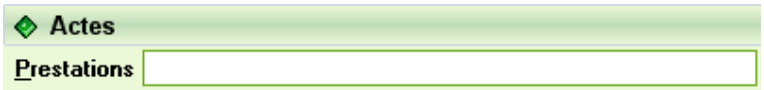
Dans cette première étape, vous allez définir les actes médicaux exécutés au cours de la consultation.

La nomenclature utilisée (NGAP ou CCAM) doit être conforme à la législation en vigueur selon le type d'actes pratiqués. Pour plus de détails, nous vous conseillons de vous adresser à vos interlocuteurs du système SESAM-Vitale.



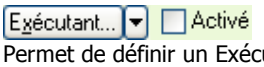
La Date de la facture est la date à laquelle la facture électronique est créée, par défaut c'est la date du jour, elle est non modifiable.
La Date de prescription est la date à laquelle la consultation s'est effectuée ou la date de prescription de la série d'actes.
Ce champ date est modifiable, soit en saisissant la date au clavier soit en cliquant sur et en sélectionnant la date à partir du calendrier proposé.

Cette zone permet de définir la situation du Parcours de soins (voir La zone Parcours de soins).
Par défaut, une situation est proposée en fonction des informations du patient, du praticien et des actes saisis.
Vous pouvez sélectionner ou modifier le médecin traitant en cliquant sur (Voir Définir le médecin traitant).
Utilisez la liste déroulante Situation pour préciser la situation du parcours de soins, si besoin. Si vous sélectionnez Je suis médecin orienté (M), vous devez préciser le médecin ayant orienté en cliquant sur qui est alors activé. Consultez la rubrique Définir la situation du parcours de soins pour plus d'informations.



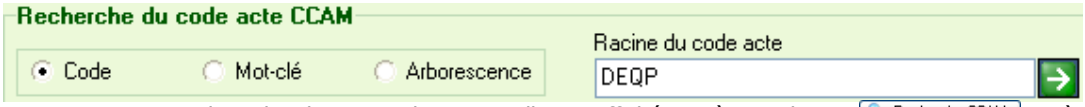
Saisissez ici le code complet de l'acte (NGAP ou CCAM) que vous désirez facturer.
Dans le cas d'une formule d'actes, utilisez le signe + pour saisir plusieurs codes actes (C+MGE, par exemple).
Dans le cas d'un acte CCAM pour lequel vous ne connaissez pas le code complet, reportez-vous à la rubrique Rechercher un acte CCAM.
Dans le cas où vous avez mémorisé un acte en favori par défaut il apparaît automatiquement dans le champ Prestations.
La validation de ce champ s'effectue soit en utilisant la touche Tabulation du clavier (à gauche de la touche A) soit en répondant à la question "Soins en rapport avec un accident de droit de commun causé par un tiers ?".
Un code de 4 lettres sera automatiquement recherché dans la base CCAM. Un acte NGAP ayant 3 caractères au maximum.
Un contrôle de l'existence des codes est effectué. Si les codes ne sont présents ni dans la base CCAM ni dans la base NGAP un message vous le précise.

Cliquez sur ce bouton pour prescrire directement vos codes CCAM ou NGAP favoris. A la sélection du code, celui-ci est ajouté au contenu de la facture électronique.
Un accès au paramétrage des favoris est possible depuis ce bouton en sélectionnant "Gestion des favoris" (voir Gérer les favoris d'actes).



Permet de définir un Exécutant. Un exécutant est une personne qui a exécuté les actes (kiné, infirmière, salarié…) à la place du praticien.
Un clic sur le bouton permet de visualiser les Exécutants déjà mémorisés, d'en sélectionner ou d'en mémoriser un. (voir Exécutant).
Attention, vous devez choisir l'exécutant avant de saisir les actes car ils sont fonctions de la spécialité de l'exécutant.
Au choix d'un exécutant, la liste des actes est vidée.

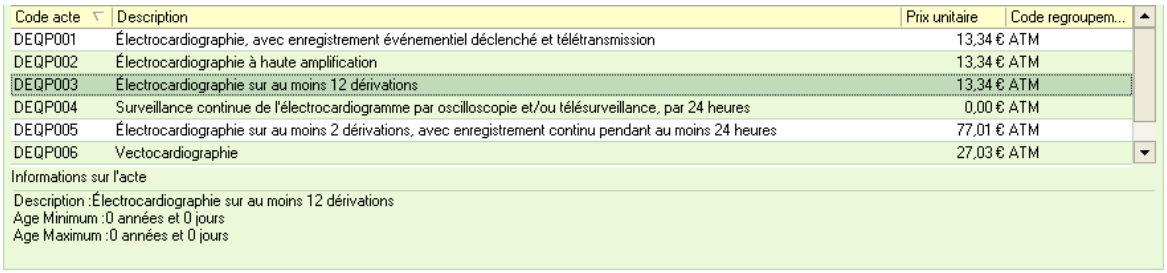
Un clic sur ce bouton affiche la zone Recherche du code acte CCAM.



Cette zone permet de rechercher un code CCAM. Elle est affichée après un clic sur

ou à la saisie des 4 premiers caractères de l'acte dans le champ Prestations.
Par les boutons radio à gauche, choisissez le mode de recherche (par code, mot-clé ou arborescence).
Par défaut, la recherche est par code. Saisissez le début du code recherché dans le champ Racine du code acte, puis lancez la recherche en cliquant sur ou à l'aide de la touche Tabulation de votre clavier (à gauche de A).
Le résultat s'affiche en dessous.

Pour savoir comment rechercher un acte CCAM par mots clés, reportez-vous à la rubrique Rechercher un acte CCAM.

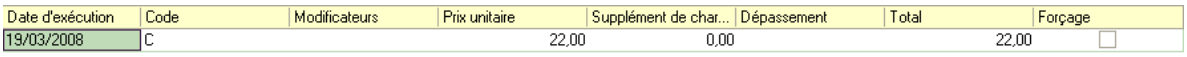


Code acte	Description	Prix unitaire	Code regroupem...
DEQP001	Électrocardiographie, avec enregistrement événementiel déclenché et télétransmission	13,34 €	ATM
DEQP002	Électrocardiographie à haute amplification	13,34 €	ATM
DEQP003	Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations	13,34 €	ATM
DEQP004	Surveillance continue de l'électrocardiogramme par oscilloscopie et/ou télésurveillance, par 24 heures	0,00 €	ATM
DEQP005	Électrocardiographie sur au moins 2 dérivations, avec enregistrement continu pendant au moins 24 heures	77,01 €	ATM
DEQP006	Vectocardiographie	27,03 €	ATM

Informations sur l'acte

Description :Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations
Age Minimum :0 années et 0 jours
Age Maximum :0 années et 0 jours

Cette zone affiche le résultat de recherche d'un acte CCAM.
La partie supérieure affiche la liste des actes correspondant aux critères de la recherche. Pour chaque acte, de gauche à droite, sont inscrits le code acte, la description, le prix unitaire et le code de regroupement.
La partie inférieure affiche les informations de l'acte sélectionné dans la liste de résultats au-dessus.
Un double-clic sur un acte permet de l'ajouter au contenu de la facture électronique.

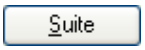


Date d'exécution	Code	Modificateurs	Prix unitaire	Supplément de char...	Dépassement	Total	Forçage
19/03/2008	C		22,00	0,00		22,00	

Cette zone affiche les actes qui composent la facture électronique en cours de création.
Pour supprimer un acte ou l'ensemble des actes, faites un clic droit sur un acte et choisissez la fonction désirée.

La réponse à cette question est obligatoire pour accéder à la deuxième étape. Cette question correspond à un accident de droit commun et non pas à un accident du travail.

En cochant Oui, un champ date et le bouton Suite apparaissent.
Saisir la date de l'accident.

En cochant Non, le bouton 

apparaît à droite pour passer à l'écran de choix du cadre de remboursement.

Si un exécutant est désigné, son nom s'affiche ici.

Cliquez sur ce bouton pour créer une série d'actes (voir Gérer une série d'actes).

Cette zone affiche un premier symbole qui indique le mode de réalisation de la facture :

- Indique **que la CPS et la carte Vitale ont été lues** et que la facture est réalisée en mode électronique sécurisé.
- Indique que **seule la CPS a été lue**, la facture est réalisée en mode électronique avec demande d'une impression papier. Une facture électronique sera envoyée lors de la télétransmission et une feuille de soins papier doit être également envoyée à l'organisme. Les 2 factures sont nécessaires pour le remboursement (patient ou praticien).
- Indique que la **CPS n'a pas été lue**, la facture est réalisée en mode papier. Une impression de la facture vous sera proposée. Si ce symbole apparaît alors que vous avez votre CPS, annulez la facture en cours et identifiez-vous comme indiqué au chapitre Lecture des cartes CPS et Vitale.
- Indique une facture désynchronisée. Ce mode est utilisé par un utilisateur possédant une **CPE** (Secrétaire, employé…). La facture devra être sécurisée par la CPS avant la télétransmission (Voir Désynchronisé).

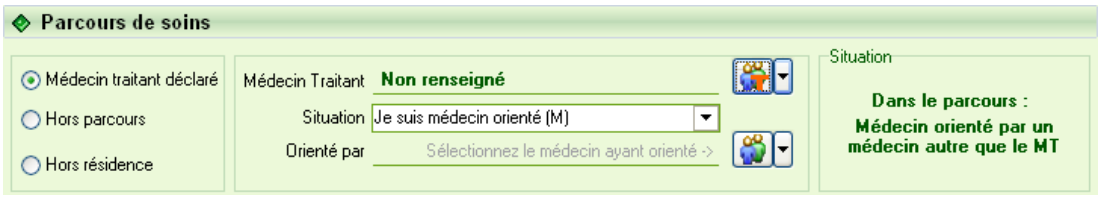
Le deuxième cadre présente un symbole sur l'Affection de Longue Durée (ALD) :

-

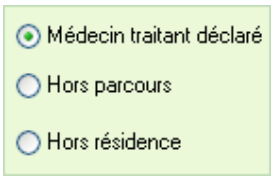
Indique que le patient a une ALD et qu'elle est présente en carte Vitale. Au praticien ensuite dans le 2ème écran de création de la facture de mentionner si des actes sont en rapport ou non avec l'ALD.
-

Indique que le praticien a attribué une exonération ALD sur au moins un acte. L'ALD n'est pas mentionnée sur la carte Vitale du patient, mais le patient a présenté une attestation papier (la question est posée lors du choix de l'exonération).

La zone Parcours de soins

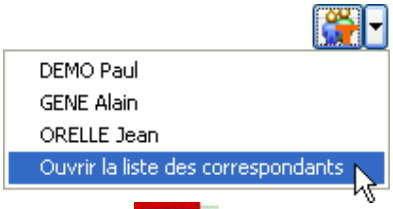


Les éléments sélectionnés par défaut dans cette zone dépendent de la situation du praticien, des informations saisies dans le dossier patient ainsi que des actes facturés.
Pour un patient n'étant pas concerné par le parcours de soins (Hors dispositif) cette zone est désactivée (grisée). Les patients hors dispositif sont les enfants de moins de 16 ans, les migrants de passage, les patients en AME de base ainsi que les patients consultant en urgence (voir Pour un patient en urgence pour plus d'information).

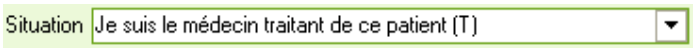


Cette zone permet de définir le contexte du Parcours de soins.
Si le médecin traitant du patient a déjà été renseigné dans le volet administratif ou le visualisateur, ou si la présence du médecin traitant est précisée en carte Vitale, Médecin traitant déclaré est sélectionné par défaut. Dans le cas contraire, la situation du parcours de soins est positionné par défaut sur Hors parcours.

- Affiche le nom du médecin traitant du patient, si celui-ci a été renseigné dans le volet administratif ou le visualisateur.
- Affiche Non déclaré si la carte Vitale ou l'utilisateur le précise.
- Affiche Non renseigné sinon.

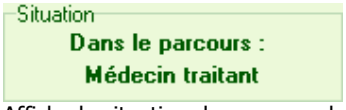


Un clic sur ouvre le menu contextuel permettant de définir le médecin traitant parmi la liste des correspondants ou parmi les médecins traitant couramment sélectionnés. Le choix d'un médecin traitant sélectionne automatiquement l'option Médecin traitant déclaré sur la partie gauche.



Le champ Situation permet de spécifier la situation du parcours de soins si le contexte Médecin traitant déclaré est sélectionné. La liste des situations disponibles dépend des informations précédemment saisies.
La sélection dans ce champ de Je suis le nouveau médecin traitant (N) ou Je suis le médecin traitant (T) positionne automatiquement le parcours de soins sur Médecin traitant déclaré.

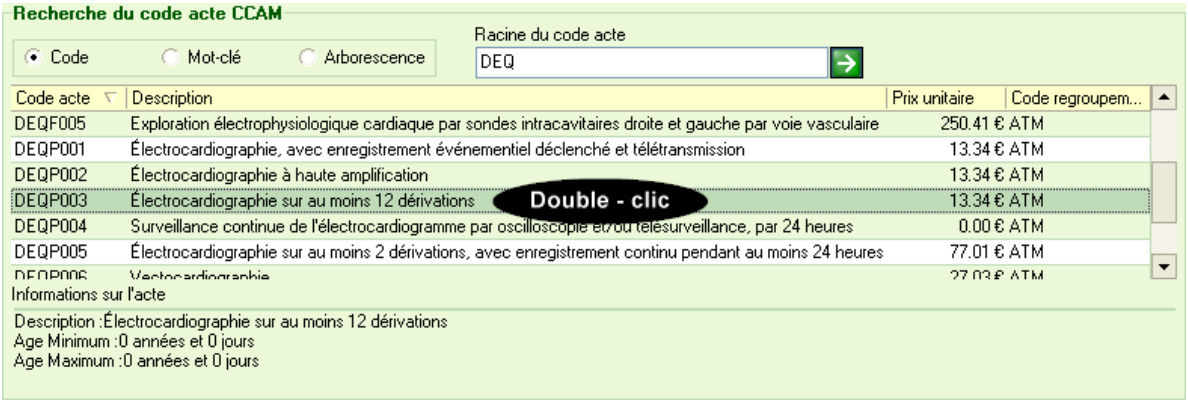
Ce champ est actif si vous avez sélectionnez la situation Je suis médecin orienté (M). Un clic sur affiche le menu contextuel permettant de sélectionner le médecin ayant orienté le patient.



Affiche la situation du parcours de soins définie en fonction des informations saisies dans la zone Parcours de soins.
La situation doit être définie pour pouvoir terminer la feuille de soins.

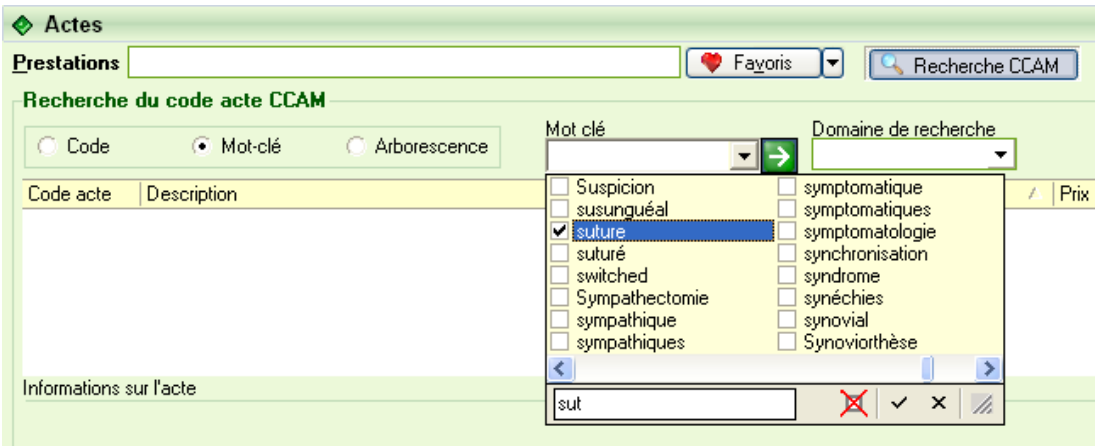
Rechercher un acte CCAM

Pour rechercher un acte CCAM par le début de son code :


Recherche du code acte CCAM
Code
Mot-clé
Arborescence
Racine du code acte
DEQ
Code acte
Description
Prix unitaire
Code regroupem...
DEQF005 Exploration électrophysiologique cardiaque par sondes intracavitaires droite et gauche par voie vasculaire 250.41 € ATM
DEQP001 Électrocardiographie, avec enregistrement événementiel déclenché et télétransmission 13.34 € ATM
DEQP002 Électrocardiographie à haute amplification 13.34 € ATM
DEQP003 Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations 13.34 € ATM
Double - clic
DEQP004 Surveillance continue de l'électrocardiogramme par oscilloscopie et/ou télésurveillance, par 24 heures 0.00 € ATM
DEQP005 Électrocardiographie sur au moins 2 dérivations, avec enregistrement continu pendant au moins 24 heures 77.01 € ATM
Informations sur l'acte
Description :Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations
Age Minimum :0 années et 0 jours
Age Maximum :0 années et 0 jours

- Saisissez le début du code CCAM.
- Lancez la recherche en cliquant sur .
- Pour ajouter l'acte trouvé dans la facture en cours, double-cliquez dessus.

Pour rechercher un acte CCAM par mots clés :



- Cochez le mode de recherche Par mot-clé. Une liste de mots clés s'affiche.
- Saisissez le mot clé dans cette zone. La recherche se lance automatiquement et s'affine au fur et à mesure de la saisie des caractères. Ici la saisie de **sut** permet d'afficher les mots clés *suture* et *suturé*.
- Cochez le ou les mots clés voulus.

Pour effectuer une recherche avec plusieurs mots clés, recommencez l'opération (saisie du mot clé et coche) autant de fois qu'il y a de mots clés.

- Validez les mots clés en cliquant sur .

  Le bouton permet de décocher tous les mots clés sélectionnés.
  Les mots clés apparaissent dans le champ Mot clé.

- Lancez la recherche en cliquant sur .
- Pour ajouter l'acte trouvé dans la facture en cours, double-cliquez dessus.

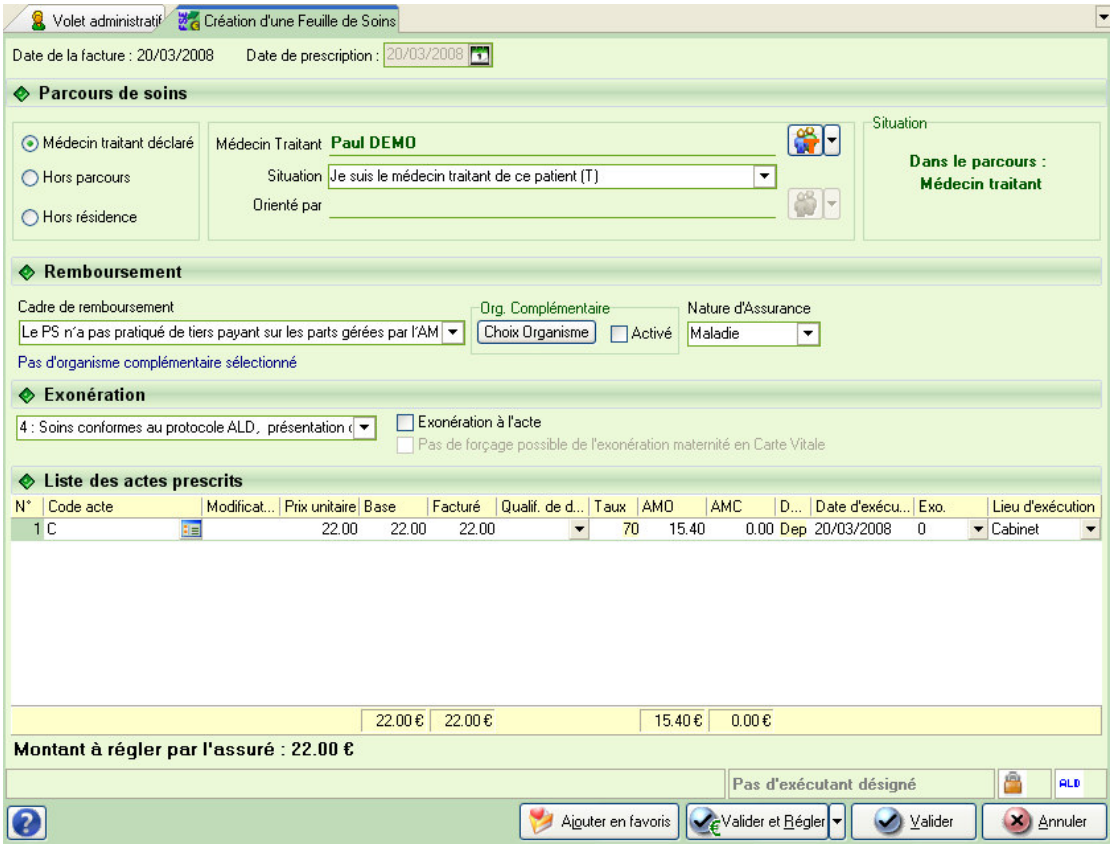
8.1.c. Présentation du 2ème écran de création de la facture

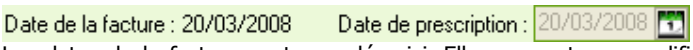
2ème écran de la facture

Avant d'accéder au 2ème écran, des questions peuvent vous être posées dans certains cas :

- Selon les droits complémentaires présents dans la Carte Vitale lue, une fenêtre intitulée Gestion de la part mutuelle peut s'afficher automatiquement afin de choisir une convention (voir La fenêtre Gestion de la part mutuelle).
- Si la Feuille de Soins est créée en mode Dégradé (voir le chapitre Dégradé), une fenêtre peut s'afficher vous demandant le type d'exonération à appliquer.
- Si le patient a des droits ALD, la question suivante vous sera posée pour chaque acte facturé :

En répondant Oui, l'acte signalé sera noté en rapport avec l'ALD.
Ensuite, vous accèderez au 2ème écran de la création d'une facture afin de définir le cadre de remboursement et d'exonération.


Volet administratif
Création d'une Feuille de Soins
Date de la facture : 20/03/2008
Date de prescription : 20/03/2008
Parcours de soins
Médecin traitant déclaré
Hors parcours
Hors résidence
Médecin Traitant Paul DEMO
Situation Je suis le médecin traitant de ce patient (T)
Orienté par
Situation
Dans le parcours :
Médecin traitant
Remboursement
Cadre de remboursement
Le PS n'a pas pratiqué de tiers payant sur les parts gérées par l'AM
Org. Complémentaire
Choix Organisme
Activé
Nature d'Assurance
Maladie
Pas d'organisme complémentaire sélectionné
Exonération
4 : Soins conformes au protocole ALD, présentation
Exonération à l'acte
Pas de forçage possible de l'exonération maternité en Carte Vitale
Liste des actes prescrits
N° Code acte Modificat... Prix unitaire Base Facturé Qualif. de d... Taux AMO AMC D... Date d'exécu... Exo. Lieu d'exécution
1 C 22.00 22.00 22.00 70 15.40 0.00 Dep 20/03/2008 0 Cabinet
22.00 € 22.00 € 15.40 € 0.00 €
Montant à régler par l'assuré : 22.00 €
Pas d'exécutant désigné
ALD
Ajouter en favoris
Valider et Régler
Valider
Annuler

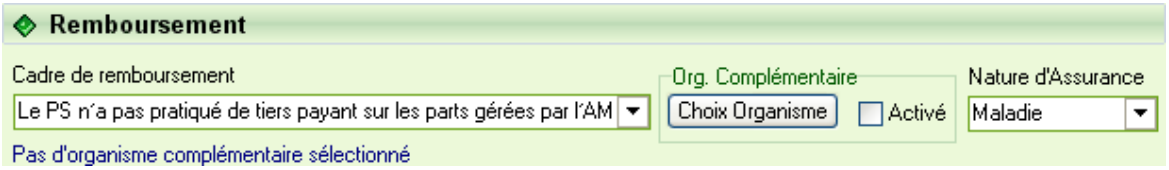


Les dates de la facture sont rappelées ici. Elles ne sont pas modifiables. Si besoin, la modification de la date de prescription doit être effectuée dans le premier écran.

Cette zone permet de définir la situation du Parcours de soins (voir La zone Parcours de soins).
Par défaut, une situation est proposée en fonction des informations du patient, du praticien et des actes saisis.

Vous pouvez modifier le médecin traitant en cliquant sur (Voir Définir le médecin traitant). Utilisez la liste déroulante Situation pour ajuster la situation proposée par défaut. Si vous sélectionnez Je suis médecin orienté

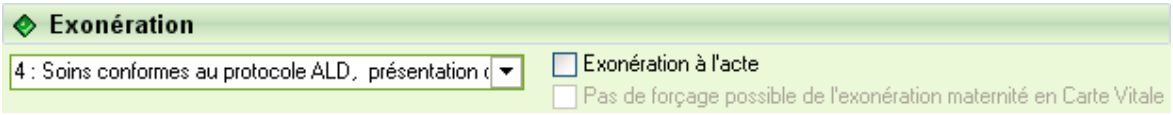
(M), vous devez préciser le médecin ayant orienté en cliquant sur qui est alors actif. Consultez la rubrique Définir la situation du parcours de soins pour plus d'informations.



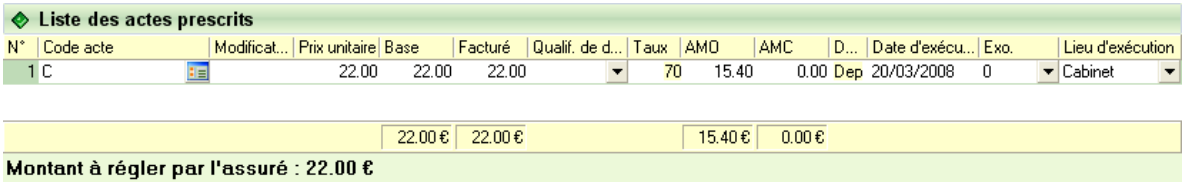
La zone Remboursement permet de :

- Définir le cadre de remboursement Tiers Payant (TP) si une prise en charge est effectuée par un organisme ou hors Tiers Payant (HTP) si le patient règle la facture.
- Choisir un organisme complémentaire.
- Choisir la nature d'assurance (Maladie, Maternité, Accident du Travail, Alsace/Moselle).

Voir la description en détail de la zone de remboursement ci-après.


Exonération
4 : Soins conformes au protocole ALD, présentation
Exonération à l'acte
Pas de forçage possible de l'exonération maternité en Carte Vitale

La zone Exonération permet de définir le type d'exonération (à l'acte ou pour l'ensemble des actes) ou de forcer la date de fin d'exonération, dans le cas d'un congé maternité.
Si la Feuille de Soins est créée en mode Dégradé, un champ supplémentaire Nature pièce justificative est à renseigner.


Liste des actes prescrits
N° Code acte Modificat... Prix unitaire Base Facturé Qualif. de d... Taux AMO AMC D... Date d'exécu... Exo. Lieu d'exécution
1 C 22.00 22.00 22.00 70 15.40 0.00 Dep 20/03/2008 0 Cabinet
22.00 € 22.00 € 15.40 € 0.00 €
Montant à régler par l'assuré : 22.00 €

La Liste des actes prescrits récapitule l'ensemble des actes de la facture et des informations qui leur sont liées.

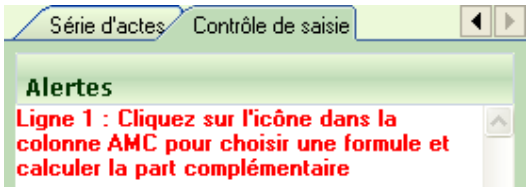
Pour plus de détails sur la zone de remboursement, l'exonération et la zone Liste des actes prescrits, reportez-vous aux rubriques suivantes.

Si vous avez choisi d'effectuer un TP sur la part complémentaire et que les droits ne sont pas présents sur la Carte Vitale, vous devez calculer le montant de la part complémentaire en cliquant sur cet icône (voir Créer une FSE en tiers payant complet).

Ce bouton permet d'ajouter l'acte ou la combinaison d'actes à la liste des favoris (voir Ajouter un favori d'acte).

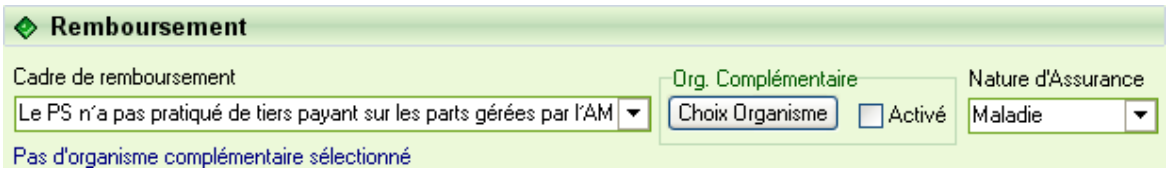
Un clic sur ce bouton sécurise la facture électronique et valide automatiquement le règlement en fonction des préférences (voir Les préférences de la gestion des recettes). Vous pouvez cliquer sur pour choisir le type de règlement ou enregistrer un impayé.

Une fois tous les éléments saisis, au clic sur ce bouton, la sécurisation de la facture électronique s'effectue. Après sécurisation, la feuille de soins n'est plus modifiable.
Si le clic sur le bouton Valider n'a aucun effet, regardez les messages d'alerte affichés dans l'onglet Contrôle de saisie du visualisateur, à gauche :

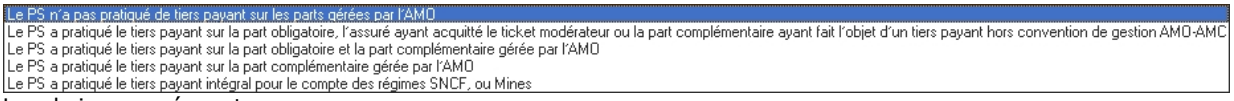

Série d'actes
Contrôle de saisie
Alertes
Ligne 1 : Cliquez sur l'icône dans la colonne AMC pour choisir une formule et calculer la part complémentaire

Ici, dans cet exemple, le message indique que la part complémentaire doit être calculée.

La zone Remboursement



Le Cadre de remboursement (Mutuelle, Tiers Payant ou Hors Tiers Payant) est défini de façon automatique, selon les droits lus sur la Carte Vitale. Il s'inscrit en bleu, en dessous de la zone de sélection.
Si les droits en carte ne sont pas à jour, ou s'ils ne sont pas inscrits sur la carte, vous pouvez les modifier en cliquant sur la flèche noire en bout de zone. Une liste de cadres de remboursement s'affiche :


Le PS n'a pas pratiqué de tiers payant sur les parts gérées par l'AMO
Le PS a pratiqué le tiers payant sur la part obligatoire, l'assuré ayant acquitté le ticket modérateur ou la part complémentaire ayant fait l'objet d'un tiers payant hors convention de gestion AMO-AMC
Le PS a pratiqué le tiers payant sur la part obligatoire et la part complémentaire gérée par l'AMO
Le PS a pratiqué le tiers payant sur la part complémentaire gérée par l'AMO
Le PS a pratiqué le tiers payant intégral pour le compte des régimes SNCF, ou Mines

Les choix proposés sont :

Le PS n'a pas pratiqué de Tiers Payant sur les parts gérées par l'AMO.
Ce choix permet la réalisation d'une feuille de soins hors tiers payant.

Le PS a pratiqué le Tiers Payant sur la part obligatoire, l'assuré ayant acquitté le ticket modérateur ou la part complémentaire ayant fait l'objet d'un tiers payant hors convention de gestion AMO-AMC.
Ce choix peut s'appliquer dans les deux cas suivants :

- réalisation d'une feuille de soins en tiers payant uniquement sur la part obligatoire (FSE seule),
- réalisation d'une feuille de soins en tiers payant sur la part obligatoire (FSE) et d'une demande de remboursement sur la part complémentaire (DRE). La part obligatoire et la part complémentaire sont gérées par deux organismes différents.

Le PS a pratiqué le Tiers Payant sur la part obligatoire et la part complémentaire gérée par l'AMO.
Ce choix permet la réalisation d'une feuille de soins en tiers payant sur la part obligatoire et la part complémentaire, les deux parts étant gérées par le même organisme.

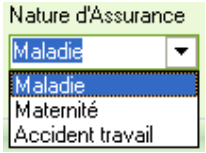
Le PS a pratiqué le Tiers Payant sur la part complémentaire gérée par l'AMO.
Ce choix permet la réalisation d'une feuille de soins hors tiers payant sur la part obligatoire et tiers payant sur la part complémentaire, les deux parts étant gérées par le même organisme.

Le PS a pratiqué le Tiers Payant intégral pour le compte des régimes SNCF ou MINES.
Ce choix permet la réalisation d'une feuille de soins en tiers payant sur la part obligatoire et la part complémentaire concernant les régimes SNCF et MINES.
Dans le cas où l'organisme est inscrit sur la carte Vitale du patient et si les droits sont ouverts, lors du choix du cadre de remboursement 3 ou 5 (ci-dessus), la fenêtre Gestion de la part mutuelle s'ouvre automatiquement.

Dans les autres cas, vous devez cliquer sur ce bouton pour afficher cette fenêtre. Pour plus d'informations reportez-vous à la rubrique suivante.

Une fois la convention choisie, la case Activé sera cochée.

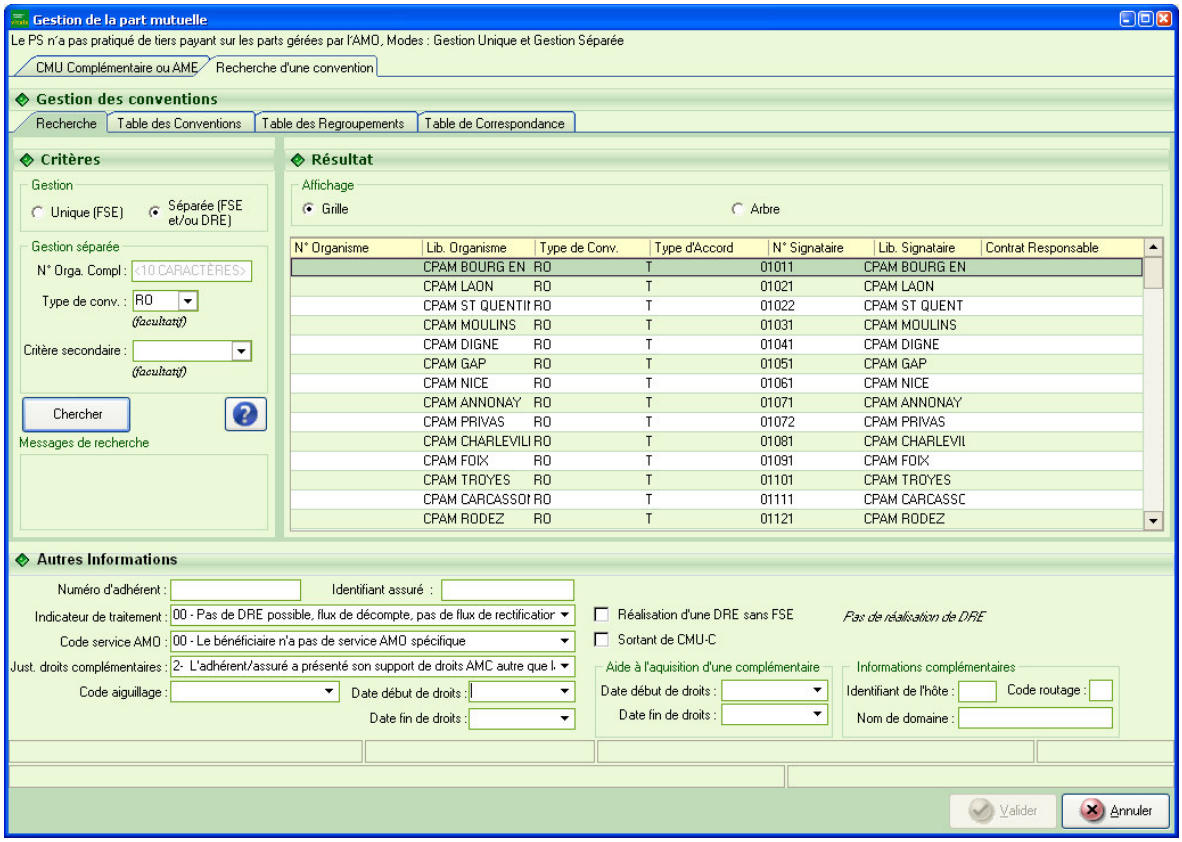
Le choix de la nature d'assurance est par défaut Maladie.
Pour le modifier, cliquez sur la flèche noire en bout de zone et choisissez parmi les propositions :



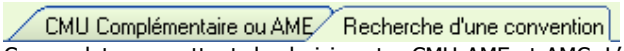
Dans le cadre d'une maternité, saisissez la date Maternité dans la zone qui apparaît à droite.
Pour un accident de travail, remplissez les rubriques de la fenêtre qui s'affiche. Pour plus de détails, reportez-vous à la rubrique Créer une FSE pour un Accident du Travail (AT).

La fenêtre Gestion de la part mutuelle

Pour définir le cadre de remboursement et le mode de transmission de la part complémentaire, vous devez choisir une mutuelle. Le référentiel livré avec le logiciel contient déjà une liste de conventions prédéfinies. Si la convention voulue n'existe pas, vous pouvez la créer dans une table personnelle.
Pour connaître les actions à effectuer pour créer et utiliser une convention, reportez-vous à la rubrique Créer une FSE en tiers payant complet.
Voici la description de la fenêtre Gestion de la part mutuelle que vous utilisez :

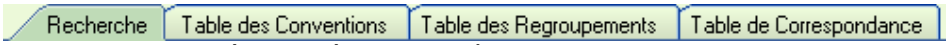

Gestion de la part mutuelle
Le PS n'a pas pratiqué de tiers payant sur les parts gérées par l'AMO. Modes : Gestion Unique et Gestion Séparée
CMU Complémentaire ou AME
Recherche d'une convention
Gestion des conventions
Recherche
Table des Conventions
Table des Regroupements
Table de Correspondance
Critères
Gestion
Unique (FSE)
Séparée (FSE et/ou DRE)
Gestion séparée
N° Orga. Compl :
<10 CARACTÈRES>
Type de conv. :
RO
(facultatif)
Critère secondaire :
(facultatif)
Chercher
Messages de recherche
Résultat
Affichage
Grille
Arbre
N° Organisme
Lib. Organisme
Type de Conv.
Type d'Accord
N° Signataire
Lib. Signataire
Contrat Responsable
CPAM BOURG EN RO T 01011 CPAM BOURG EN
CPAM LAON RO T 01021 CPAM LAON
CPAM ST QUENTI RO T 01022 CPAM ST QUENT
CPAM MOULINS RO T 01031 CPAM MOULINS
CPAM DIGNE RO T 01041 CPAM DIGNE
CPAM GAP RO T 01051 CPAM GAP
CPAM NICE RO T 01061 CPAM NICE
CPAM ANNONAY RO T 01071 CPAM ANNONAY
CPAM PRIVAS RO T 01072 CPAM PRIVAS
CPAM CHARLEVILI RO T 01081 CPAM CHARLEVIL
CPAM FOIX RO T 01091 CPAM FOIX
CPAM TROYES RO T 01101 CPAM TROYES
CPAM CARCASSOI RO T 01111 CPAM CARCASSC
CPAM RODEZ RO T 01121 CPAM RODEZ
Autres Informations
Numéro d'adhérent :
Identifiant assuré :
Indicateur de traitement : 00 - Pas de DRE possible, flux de décompte, pas de flux de rectificatior
Réalisation d'une DRE sans FSE
Pas de réalisation de DRE
Code service AMO : 00 - Le bénéficiaire n'a pas de service AMO spécifique
Sortant de CMU-C
Just. droits complémentaires : 2- L'adhérent/assuré a présenté son support de droits AMC autre que l.
Aide à l'aquisition d'une complémentaire
Informations complémentaires
Code aiguillage :
Date début de droits :
Date fin de droits :
Identifiant de l'hôte :
Code routage :
Nom de domaine :
Valider
Annuler

Le mode de remboursement sélectionné dans le deuxième écran de création d'une feuille de soins est rappelé en haut de la fenêtre.



Ces onglets permettent de choisir entre CMU-AME et AMC. L'onglet sélectionné dépend des informations présentes en Carte Vitale.

Pour plus de détails sur l'onglet CMU-AME, reportez-vous à la rubrique Créer une FSE avec CMU.

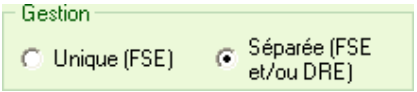


A l'ouverture de la fenêtre vous êtes positionné sur l'onglet Recherche afin de trouver la convention à sélectionner. Pour plus d'information sur les autres onglets, consultez la rubrique Gérer les tables des conventions.

La zone Critères

Permet de définir les critères de recherche.

Les informations affichées dans ces zones et leur accessibilité dépendent des droits en carte ainsi que du cadre de remboursement choisi dans la fenêtre précédente.



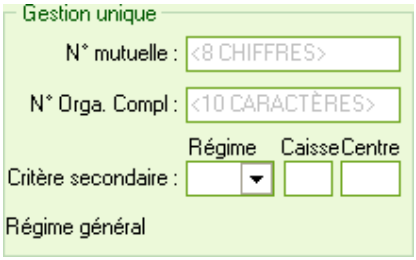
Le mode de gestion unique

Caractérise l'envoi des parts obligatoires et complémentaires à un même organisme (le plus souvent l'AMO). Ce mode de gestion est utilisé dans le cas d'une CMU, d'une AME ou de mutuelles ayant une convention de gestion avec l'AMO.

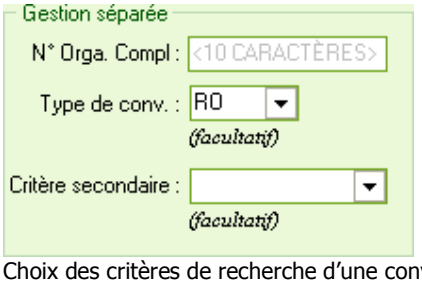
Le mode de gestion séparée

Caractérise l'envoi séparé de la part obligatoire à l'AMO (FSE) et la part complémentaire à l'AMC (DRE). Dans ce cas, un accord entre AMC et praticien doit avoir été conclu.

Pour plus de détails sur les différents modes de gestion, reportez-vous à la rubrique Gestion unique ou séparée des parts obligatoires et complémentaires.

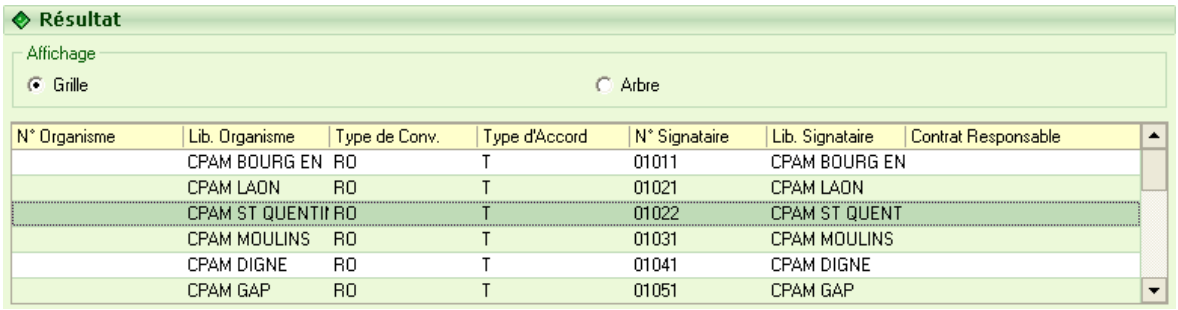


Choix des critères de recherche d'une convention unique.
Vous devez saisir au minimum le code Régime dans le champ Critère secondaire. Ces informations sont inscrites sur le justificatif papier des droits complémentaires de votre patient. Ces champs sont automatiquement renseignés si ces informations sont présentes en carte Vitale.

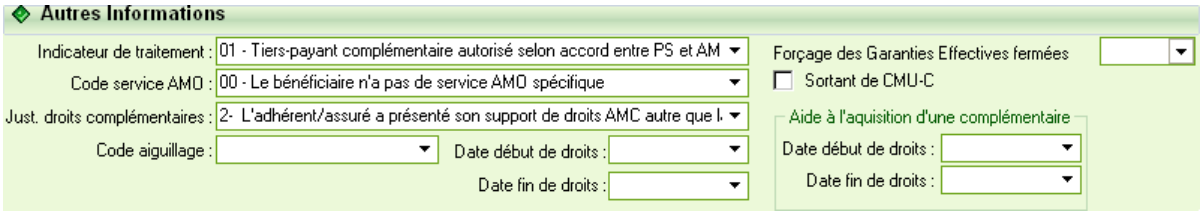


Choix des critères de recherche d'une convention séparée.
Aucun champ n'est obligatoire pour effectuer une recherche. Si ces informations sont présentes en carte Vitale, ces champs sont renseignés à l'ouverture de la fenêtre. Vous pouvez sélectionner le Type de convention parmi ceux inscrit en carte Vitale en utilisant la liste déroulante ou saisir les 2 lettres clés au clavier.

Bouton de recherche de la convention par rapport aux critères définis ci-dessus.



S'affiche sur la partie droite, le résultat de la recherche correspondant aux critères définis. Vous pouvez sélectionner un affichage de type Grille ou arborescence.
Seuls les organismes référencés dans la base de données apparaissent. Si l'organisme recherché n'apparaît pas, il faudra l'ajouter (voir Gérer les tables des conventions).


Autres Informations
Indicateur de traitement :
01 - Tiers-payant complémentaire autorisé selon accord entre PS et AM
Code service AMO :
00 - Le bénéficiaire n'a pas de service AMO spécifique
Just. droits complémentaires :
2- L'adhérent/assuré a présenté son support de droits AMC autre que l
Code aiguillage :
Date début de droits :
Date fin de droits :
Forçage des Garanties Effectives fermées
Sortant de CMU-C
Aide à l'aquisition d'une complémentaire
Date début de droits :
Date fin de droits :

Les informations de cette zone varient selon le mode de gestion choisi.
En gestion unique, vous pouvez choisir l'indicateur de traitement, la nature du support présenté pour justifier des droits complémentaires, le code service AMO, la période des droits et le fait que le patient est sortant de CMU-C.
En gestion séparée, des informations supplémentaires peuvent être saisies (N° d'adhérent, Identifiant assuré). La liste des indicateurs de traitement est différente et permet de définir la présence d'une DRE ou non, la nature du Tiers Payant, celle des flux de décompte et de rectification.

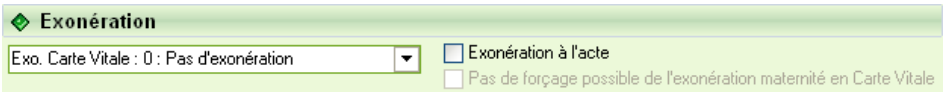
Après avoir sélectionné une convention, cliquez sur le bouton **Valider** (ou utilisez le raccourci clavier CTRL + V) pour la choisir comme cadre de remboursement de la part complémentaire et finaliser la facture.

La zone Exonération

Le contenu de cette zone varie selon la présence ou l'absence d'une carte Vitale, ainsi que selon les informations contenues dans la carte.

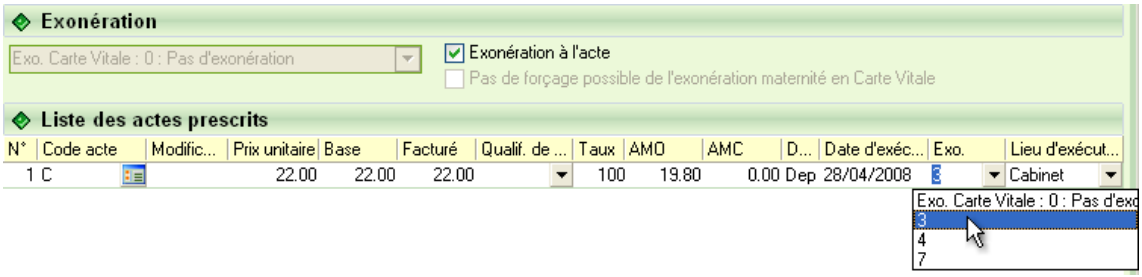
Avec la carte Vitale

L'affichage de la partie exonération se présente de cette façon si la carte Vitale a été lue :


Exonération
Exo. Carte Vitale : 0 : Pas d'exonération
Exonération à l'acte
Pas de forçage possible de l'exonération maternité en Carte Vitale

Vous pouvez modifier le type d'exonération appliquée à l'ensemble de la facture en utilisant la liste déroulante à gauche de la zone.

Cochez la case Exonération à l'acte si l'exonération s'applique en fonction de l'acte. La liste déroulante disparaît, et l'exonération doit être sélectionnée depuis la colonne Exo. de chaque acte de la zone Liste des actes prescrits :

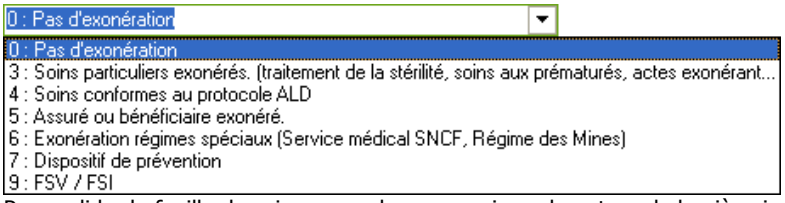

Exonération
Exo. Carte Vitale : 0 : Pas d'exonération
Exonération à l'acte
Pas de forçage possible de l'exonération maternité en Carte Vitale
Liste des actes prescrits
N° Code acte Modific... Prix unitaire Base Facturé Qualif. de ... Taux AMO AMC D... Date d'exéc... Exo. Lieu d'exécut...
1 C 22.00 22.00 22.00 100 19.80 0.00 Dep 28/04/2008 3 Cabinet
Exo. Carte Vitale : 0 : Pas d'exo
3
4
7

Si une exonération maternité est présente en carte Vitale, une case supplémentaire est disponible afin de forcer l'exonération en cas de prolongement.

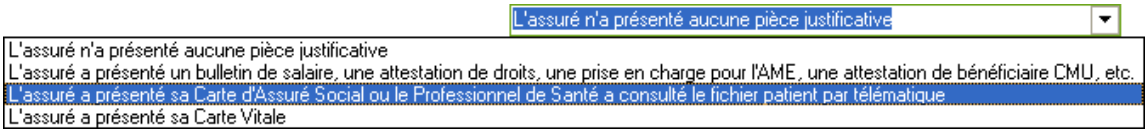
Sans la carte Vitale

L'affichage de la partie exonération se présente de cette façon si la carte Vitale n'a pas été lue (mode papier ou dégradé) :

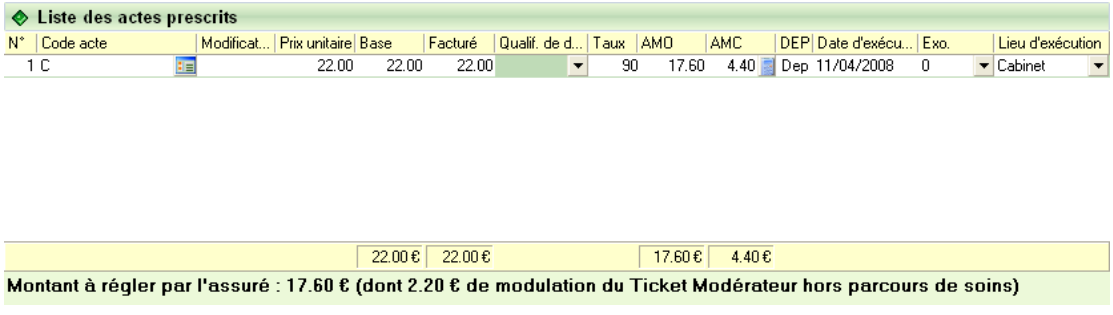
Dans cette zone est affiché le type d'exonération dont bénéficie le patient. Cliquez sur Sélection exonération pour ouvrir la fenêtre de choix de situation. Selon la situation choisie, vous pouvez sélectionner une exonération dans la liste déroulante suivante :


0 : Pas d'exonération
0 : Pas d'exonération
3 : Soins particuliers exonérés. (traitement de la stérilité, soins aux prématurés, actes exonérant...
4 : Soins conformes au protocole ALD
5 : Assuré ou bénéficiaire exonéré.
6 : Exonération régimes spéciaux (Service médical SNCF, Régime des Mines)
7 : Dispositif de prévention
9 : FSV / FSI

Pour valider la feuille de soins, vous devez renseigner la nature de la pièce justificative. Sélectionnez-la dans la liste déroulante Nature pièce justificative :


L'assuré n'a présenté aucune pièce justificative
L'assuré n'a présenté aucune pièce justificative
L'assuré a présenté un bulletin de salaire, une attestation de droits, une prise en charge pour l'AME, une attestation de bénéficiaire CMU, etc.
L'assuré a présenté sa Carte d'Assuré Social ou le Professionnel de Santé a consulté le fichier patient par télématique
L'assuré a présenté sa Carte Vitale

La Liste des actes prescrits


Liste des actes prescrits
N° Code acte Modificat... Prix unitaire Base Facturé Qualif. de d... Taux AMO AMC DEP Date d'exécu... Exo. Lieu d'exécution
1 C 22.00 22.00 22.00 90 17.60 4.40 Dep 11/04/2008 0 Cabinet
22.00 € 22.00 € 17.60 € 4.40 €
Montant à régler par l'assuré : 17.60 € (dont 2.20 € de modulation du Ticket Modérateur hors parcours de soins)

Dans la zone Liste des actes prescrits, les informations concernant un acte sont récapitulées sur une ligne.

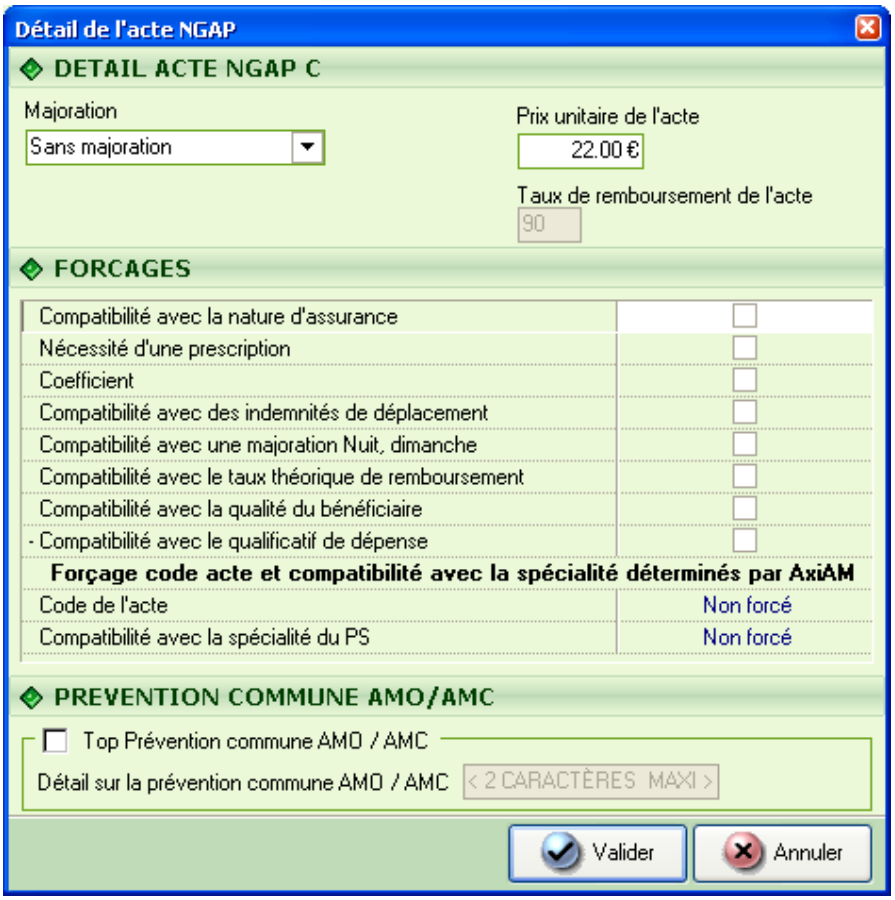
En cliquant sur les colonnes concernées, vous pouvez modifier ou renseigner :

- le montant facturé,
- le qualificatif de dépense de l'acte (entente directe, exigence particulière (dépassement d'exigence), déplacement non prescrit, gratuit, acte non remboursable, dépassement autorisé, dépassement maitrisé …),
- le montant pris en charge par l'AMO (une fenêtre vous demande confirmation car il s'agit d'un forçage),
- les informations d'une demande d'entente préalable (DEP),
- le lieu d'exécution de la consultation (cabinet ou domicile).

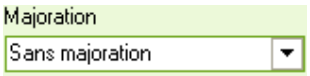
En cliquant sur l'icône , le détail de l'acte est affiché, avec la liste des forçages possibles. Selon la nomenclature utilisée (NGAP ou CCAM), les options sont différentes : choix des majorations, modificateurs, codes associations … (voir les rubriques suivantes).
Si vous avez choisi une convention dans la zone Remboursement, vous devez calculer la part complémentaire en cliquant sur l'icône (voir Créer une FSE en tiers payant complet pour plus de détails).
Dans la partie inférieure de la zone, vous trouvez les totaux suivants :

- Le montant de base, pris en charge par la sécurité sociale.
- Le montant facturé.
- Le montant pris en charge par l'AMO.
- Le montant pris en charge par l'AMC.
- Le montant que doit vous régler le patient.

Le détail d'un acte NGAP

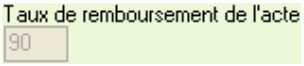

Détail de l'acte NGAP
DETAIL ACTE NGAP C
Majoration
Sans majoration
Prix unitaire de l'acte
22.00 €
Taux de remboursement de l'acte
90
FORCAGES
Compatibilité avec la nature d'assurance
Nécessité d'une prescription
Coefficient
Compatibilité avec des indemnités de déplacement
Compatibilité avec une majoration Nuit, dimanche
Compatibilité avec le taux théorique de remboursement
Compatibilité avec la qualité du bénéficiaire
Compatibilité avec le qualificatif de dépense
Forçage code acte et compatibilité avec la spécialité déterminés par AxiAM
Code de l'acte
Non forcé
Compatibilité avec la spécialité du PS
Non forcé
PREVENTION COMMUNE AMO/AMC
Top Prévention commune AMO / AMC
Détail sur la prévention commune AMO / AMC
< 2 CARACTÈRES MAXI >
Valider
Annuler

Cette fenêtre s'affiche en cliquant sur l'icône de la zone Liste des actes prescrits du deuxième écran de création de la feuille de soins.



Permet de sélectionner la majoration à appliquer.

La Majoration Dimanche/Férié apparaît si la date de prescription de la FSE est un Dimanche ou un jour férié. Vérifier que ce dernier est bien défini dans le menu Paramètres > Poste de Travail > Jours Férié.



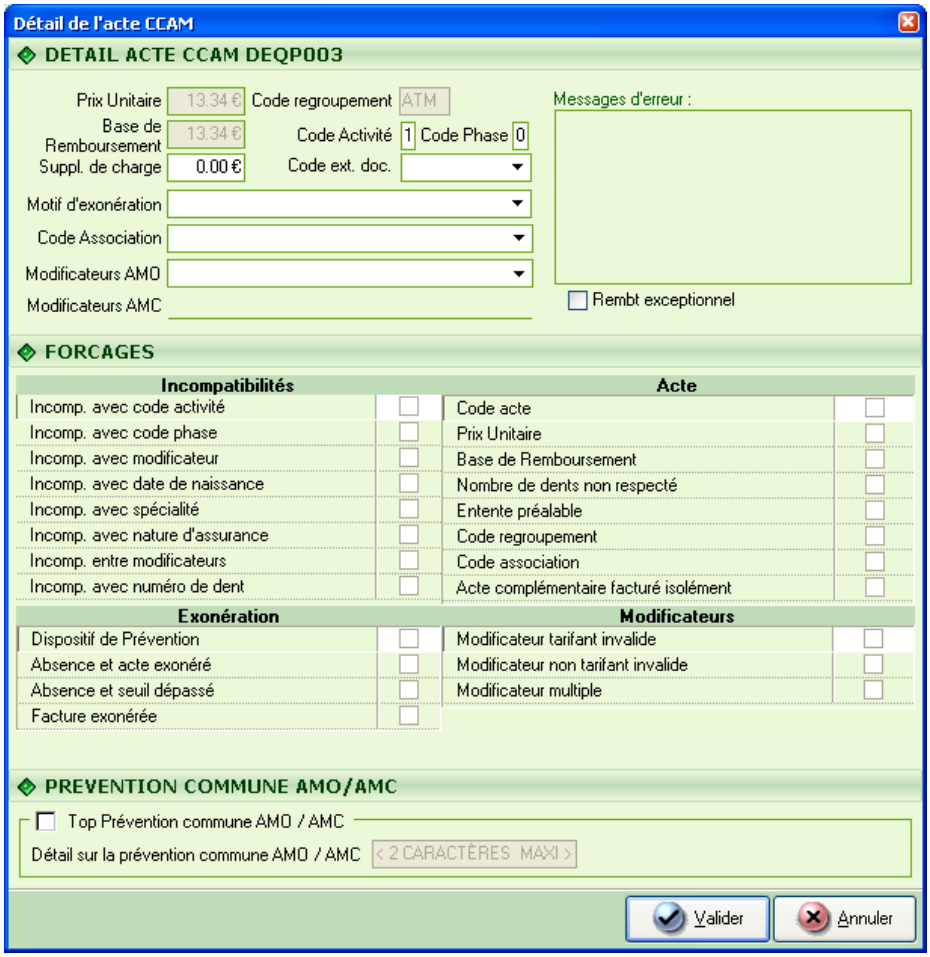
Indique le taux de remboursement pour l'acte pratiqué. Vous pouvez le modifier en cochant Compatibilité avec le taux théorique de remboursement dans la zone Forçages.

La zone Forçages
Vous pouvez forcer les compatibilités de l'acte en cochant les cases correspondantes dans cette zone. Il vous est aussi indiqué :

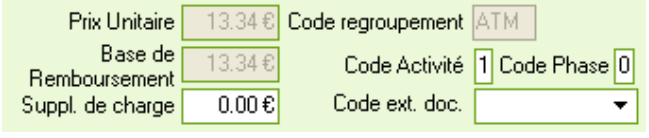
- si le code de l'acte a été forcé (il n'existe pas dans la nomenclature NGAP),
- si la compatibilité avec la spécialité du professionnel de santé a été forcée, dans le cas où l'acte n'est pas compris dans la liste des actes pratiqués par la spécialité du PS.

La zone Prévention commune AMO/AMC
Si l'acte est réalisé dans un contexte de prévention commune, cochez cette case et renseignez le détail de prévention.

Le détail d'un acte CCAM

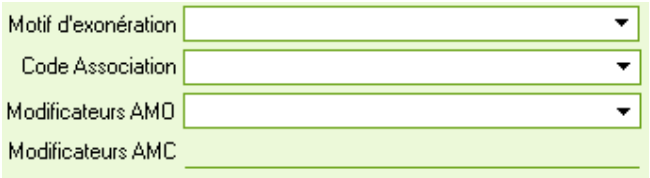


Cette fenêtre s'affiche en cliquant sur l'icône de la zone Liste des actes prescrits du deuxième écran de création de la feuille de soins.


Prix Unitaire 13.34 € Code regroupement ATM
Base de Remboursement 13.34 € Code Activité 1 Code Phase 0
Suppl. de charge 0.00 € Code ext. doc.

Cette partie indique le Prix Unitaire, le montant de la Base de Remboursement et le Supplément de charge.
Seul le champ Supplément de charge peut être modifié.
Pour modifier les champs Prix Unitaires et Base de Remboursement il faut effectuer un forçage.
Le Code regroupement détermine le code transmis au mutuelle (non modifiable sans forçage, car il dépend de l'acte pratiqué).
Vous pouvez saisir le Code extension documentaire si nécessaire.

Le Code Activité correspond à l'activité professionnelle, le Code Phase correspond au nombre de phase possible lors d'un traitement.



Ces zones permettent d'indiquer les modifications sur la tarification. Sélectionnez dans les listes :

- le motif de l'exonération,
- le Code Association si nécessaire (dans le cas où la facture comprend des actes qui ne font partie ni d'une procédure, ni d'acte lié à un geste complémentaire),
- les modificateurs à ajouter à la part obligatoire (AMO), 4 aux maximum,
- après sélection des modificateurs AMO, les modificateurs à ajouter à la part complémentaire (AMC) apparaissent.

La zone Messages d'erreur
Il vous est indiqué ici toute incompatibilité ou erreur de saisie.

La case Rembt exceptionnel
Cochez cette case si un Remboursement Exceptionnel doit être effectué sur un acte considéré comme "Non remboursable" (exemple des actes de confort). Le montant facturé affiché à 0 prendra alors la valeur du montant de base de l'acte.

La zone Forçages
Cochez les cases correspondantes pour :

- forcer s'il y a une Incompatibilité,
- notifier une Exonération,
- forcer des éléments relatifs à l'Acte,
- appliquer des Modificateurs.

La zone Prévention commune AMO/AMC
Si l'acte est réalisé dans un contexte de prévention commune, cochez cette case et renseignez le détail de prévention.

8.2. Lecture des cartes CPS et Vitale

Depuis le Navigateur

Procédure de lecture des cartes

- Insérez votre carte de professionnel de santé (CPS) dans votre lecteur de carte.
- Cliquez sur

ou appuyez sur la touche F6 de votre clavier. Dans la fenêtre qui s'ouvre, saisissez votre code porteur, puis cliquez sur .
- Insérez la carte Vitale du patient dans le lecteur de carte.
- Cliquez sur

ou appuyez sur la touche F7 de votre clavier.

Explication sur les différents modes de création d'une facture électronique

La lecture de la CPS est à effectuer une seule fois à l'ouverture du logiciel ou à l'insertion de la carte CPS dans le lecteur.

La diode jaune indique que la CPS n'a pas été lu.

La diode bleue indique que la CPS a été lu.
Nous vous conseillons de paramétrer la demande de lecture automatique à l'ouverture du logiciel :

- Sélectionnez le menu Paramètres > Préférences > Application.
- Cochez lecture de la CPS lors de l'ouverture de la session.

Ceci vous permet de ne pas oublier d'effectuer la lecture de la carte.
Si vous n'êtes pas identifié avec votre CPS, vous ne pourrez pas réaliser des factures électroniques sécurisées.

Lors de la réalisation de la facture vous pouvez vérifier le mode de réalisation de cette facture. Vérifiez le symbole affiché en bas à droite du 1er ou du 2ème écran de création d'une facture.
Pour rappel :

Indique **que la CPS et la carte Vitale ont été lues** et que la facture est réalisée en mode électronique sécurisé.

Indique que **seule la CPS a été lue**, la facture est réalisée en mode électronique avec demande d'une impression papier. Une facture électronique sera envoyée lors de la télétransmission et une feuille de soins papier doit être également envoyée à l'organisme. Les 2 factures sont nécessaires pour le remboursement (patient ou praticien).

Indique que la **CPS n'a pas été lue**, la facture est réalisée en mode papier. Une impression de la facture vous sera proposée. Si ce symbole apparaît alors que vous avez votre CPS, annulez la facture en cours et identifiez-vous comme indiqué au début de cette rubrique.

Indique une facture désynchronisée. Ce mode est utilisé par un utilisateur possédant une **CPE** (Secrétaire, employé…). La facture devra être sécurisée par la CPS avant la télétransmission (voir la rubrique Désynchronisé).

8.3. Définir la situation du parcours de soins

8.3.a. Pour un patient hors dispositif (moins de 16 ans, migrant…)

Les patients de moins de 16 ans, les migrants de passage, les patients en AME de base ainsi que les actes effectués en urgence sont Hors dispositif. Ils ne sont pas concernés par le parcours de soins. La zone Parcours de soins est désactivée (grisée) dans ces situations.

Pour les enfants de moins de 16 ans

Premier écran de création d'une facture électronique ou Deuxième écran de création d'une facture électronique

Aucune action de votre part n'est nécessaire. La vérification est faite à partir de l'âge renseigné dans le volet administratif. La situation est calculée.

La situation du parcours de soins déduite est Bénéficiaire de moins de 16 ans, la zone Parcours de soins est grisée.

Pour les migrants de passage

Premier écran de création d'une facture électronique ou Deuxième écran de création d'une facture électronique

Aucune action de votre part n'est nécessaire. La situation est déduite du numéro de Sécurité Sociale des migrants de passage débutant par le chiffre 5 ou 6.

La situation du parcours de soins déduite est Migrant de passage, la zone Parcours de soins est grisée.

Pour les patients en AME de base

Deuxième écran de création d'une facture électronique

Les patient ayant droit à l'Aide Médicale d'Etat de base possèdent soit :

- un numéro de sécurité sociale provisoire débutant par le chiffre 7 ou 8,
- les droits AME ouverts présents en carte Vitale.

Afin que la situation de parcours de soins soit déduite :

› Sélectionnez la règle 3 dans la liste déroulante Cadre de remboursement : Le PS a pratiqué le Tiers Payant sur la part obligatoire et la part complémentaire gérée par l'AMO.

› Sélectionnez Aide Médicale d'Etat (AME).

› Cliquez sur Valider.

La situation du parcours de soins déduite est Hors Dispositif, la zone Parcours de soins est grisée.

8.3.b. Pour un patient en urgence

La situation d'urgence du parcours de soins est déduite des actes facturés ainsi que des modificateurs/majorations appliqués.

Définir la situation d'Urgence en facturant un acte à caractère urgent
Premier écran de création d'une facture électronique

- Saisissez l'acte effectué parmi les actes NGAP : V, VS, CRN, CRM, CRD, VRN, VRM, VRD.

  La situation du parcours de soins déduite est Urgence, la zone Parcours de soins est grisée.

Définir la situation d'Urgence en appliquant un modificateur ou une majoration.
Deuxième écran de création d'une facture électronique

- Cliquez sur de l'acte principal de la facture pour ouvrir la fenêtre de Détail de l'acte.
- Sélectionnez, pour les actes NGAP, la majoration nuit ou Dimanche/férié (voir Actes NGAP : facturer nuit, Dimanche et férié, Urgence…).
- Sélectionnez, pour les actes CCAM, l'un des Modificateurs AMO d'urgence F, M, P, S ou U (voir Actes CCAM : indiquer nuit, urgence…).
- Cliquez sur Valider pour revenir au deuxième écran de création d'une facture électronique.

  La situation du parcours de soins déduite est Urgence, la zone Parcours de soins est grisée.

8.3.c. Pour un patient dont vous êtes le Médecin Traitant

Vous êtes le Médecin Traitant
Premier écran de création d'une facture électronique ou Deuxième écran de création d'une facture électronique

Aucune action de votre part n'est nécessaire si vous avez été défini en tant que Médecin Traitant de ce patient.

- Sinon, cliquez sur pour afficher le menu contextuel.
- Sélectionnez Je suis le médecin traitant de ce patient pour vous enregistrer comme médecin traitant de ce patient (voir Définir le médecin traitant).

  La situation du parcours de soins déduite est Médecin traitant. Vous pouvez terminer la facture.

Vous êtes le nouveau Médecin Traitant
Premier écran de création d'une facture électronique ou Deuxième écran de création d'une facture électronique

- Cliquez sur pour vous enregistrer comme médecin traitant de ce patient (voir Définir le médecin traitant).
- Sélectionnez la situation Je suis le nouveau médecin traitant (N).

  La situation du parcours de soins déduite est Nouveau médecin traitant. Vous pouvez terminer la facture.

8.3.d. Pour un patient envoyé par son Médecin Traitant

Premier écran de création d'une facture électronique ou Deuxième écran de création d'une facture électronique

Pour que le patient soit dans le parcours de soins, le médecin traitant doit être déclaré.

- Cliquez sur pour renseigner le nom du médecin traitant (voir Définir le médecin traitant).
- Sélectionnez la situation Je suis médecin correspondant (O).

  La situation du parcours de soins déduite est Médecin orienté par le MT. Vous pouvez terminer la facture.

8.3.e. Pour un patient envoyé par un autre médecin que son Médecin Traitant

Premier écran de création d'une facture électronique ou Deuxième écran de création d'une facture électronique

Pour que le patient soit dans le parcours de soins, le médecin traitant doit être déclaré.

- Cliquez au besoin sur pour renseigner le médecin traitant (voir Définir le médecin traitant).
- Sélectionnez la situation Je suis le médecin orienté (M). Le bouton devient actif (dégrisé).
- Cliquez sur pour sélectionner le médecin ayant orienté le patient.

  La situation du parcours de soins déduite est Médecin orienté par un médecin autre que le MT. Vous pouvez terminer la facture.

8.3.f. Pour un patient dans le cadre de l'accès direct

Premier écran de création d'une facture électronique ou Deuxième écran de création d'une facture électronique

L'accès direct est proposé pour les spécialités gynécologie et obstétrique (07, 70, 77), ophtalmologie (15), psychiatrie et neuropsychiatrie (17, 33, 75).

Pour que le patient soit dans le parcours de soins, le médecin traitant doit être déclaré.

- Cliquez au besoin sur pour renseigner le médecin traitant (voir Définir le médecin traitant).
- Sélectionnez la situation Je consulte en accès direct (D).

  La situation du parcours de soins déduite est Accès direct. Vous pouvez terminer la facture.

8.3.g. Pour un patient hors résidence

Premier écran de création d'une facture électronique ou Deuxième écran de création d'une facture électronique

Sélectionnez le bouton radio Hors résidence dans la partie gauche de la zone Parcours de soins.

La situation du parcours de soins déduite est Hors résidence. Vous pouvez terminer la facture.

8.3.h. Si vous êtes généraliste récemment installé(e)

Premier écran de création d'une facture électronique ou Deuxième écran de création d'une facture électronique

La situation Je suis généraliste récemment installé(e) est proposée aux généralistes installé(e)s depuis moins de 5 ans, à condition d'avoir précisé la date de première installation en libéral dans les informations du praticien (voir Saisir les réglages praticien).

Pour que le patient soit dans le parcours de soins, le médecin traitant doit être déclaré.

- Cliquez au besoin sur pour renseigner le médecin traitant (voir Définir le médecin traitant).
- Sélectionnez la situation Je suis généraliste récemment installé(e) (J).

  La situation du parcours de soins déduite est Généraliste récemment installé(e). Vous pouvez terminer la facture.

8.3.i. Si vous exercez en zone sous-médicalisée

Premier écran de création d'une facture électronique ou Deuxième écran de création d'une facture électronique

La situation Je pratique en zone sous-médicalisée est proposée aux médecins qui exerce dans cette zone depuis moins de 5 ans, à condition d'avoir précisé la date d'installation dans cette zone (voir Situation de facturation du professionnel).

Pour que le patient soit dans le parcours de soins, le médecin traitant doit être déclaré.

- Cliquez au besoin sur pour renseigner le médecin traitant (voir Définir le médecin traitant).
- Sélectionnez la situation Je pratique en zone sous-médicalisée (B).

La situation du parcours de soins déduite est Médecin installé en zone sous-médicalisée. Vous pouvez terminer la facture.

8.3.j. Pour un patient n'ayant pas de Médecin Traitant

Premier écran de création d'une facture électronique ou Deuxième écran de création d'une facture électronique

Si le patient est concerné par le dispositif du parcours de soins mais qu'il n'a pas déclaré de médecin traitant et qu'il n'est pas hors de sa résidence habituelle, le parcours de soins n'est pas respecté.

Le bouton radio Hors parcours est sélectionné dans la partie gauche de la zone Parcours de soins.

Le champ Médecin Traitant contient Non déclaré ou Non renseigné. Aucune action de votre part n'est nécessaire.

La situation du parcours de soins déduite est Non respect du parcours. Vous pouvez terminer la facture.

8.4. Créer une FSE simple (sans tiers payant)

Nous appelons création d'une FSE simple, une FSE sans tiers payant et sans exonération particulière.

La création d'une FSE simple se compose :

- d'une lecture des cartes et sélection du dossier patient,
- de la réalisation de la feuille de soins (Saisie de l'acte et validation de la feuille de soins),
- de la validation du règlement.

Etape 1 : Lecture des cartes et sélection du dossier patient

Depuis le Navigateur

- Effectuez une Lecture des cartes CPS et Vitale.
- Sélectionnez le patient concerné dans la liste des bénéficiaires qui apparaît.
- Cliquez sur

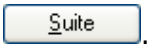
pour commencer la facture.

Etape 2 : Réalisation de la feuille de soins

1er écran de création de la facture

- Définissez la situation du parcours de soins (voir Définir la situation du parcours de soins).
- Définissez la prestation :
  - Dans le cas où vous avez défini un favori par défaut, il apparaît automatiquement dans le champ Prestations. S'il correspond aux actes que vous souhaitez facturer, répondez seulement au point suivant. La prestation s'ajoutera automatiquement.
  - Sinon saisissez le code complet de l'acte (NGAP ou CCAM) ou la formule d'actes dans le champ Prestations.
  - Ou sélectionnez un favori en cliquant sur

.
  - Ou recherchez le/les acte(s) CCAM dans la zone Prestations (voir Rechercher un acte CCAM).
- Cliquez sur le bouton radio pour répondre à la question Soins en rapport avec un accident de droit commun causé par un tiers ? (Ceci ne concerne pas un accident de travail).

  L'acte présent dans le champ Prestations est alors intégré dans la zone Feuille de soins.
- Cliquez sur 

.

2ème écran de création de la facture

Le montant que votre patient doit vous régler est affiché au bas de la fenêtre.

- Cliquez sur

pour valider et sécuriser la facture.

Pour sécuriser la facture et valider le règlement en utilisant les paramètres renseignés dans la fenêtre Préférences > Gestion des recettes, vous pouvez cliquer sur Valider et régler ou utiliser le raccourci clavier ALT + R.

Etape 3 : Validation du règlement

- Saisissez le N° de chèque ou changez le mode de règlement en sélectionnant le bouton radio correspondant.
- Cliquez sur

pour enregistrer le règlement.

La feuille de soins et son règlement sont enregistrés.
N'oubliez pas de restituer la carte Vitale à votre patient. Un message vous le signale au bas de l'écran :

8.5. Créer une FSE à l'aide des raccourcis clavier

Il est possible de réaliser une feuille de soins électronique à l'aide de raccourcis clavier. Une prestation par défaut doit être paramétré (voir Mettre un favori par défaut) et elle doit corresponde à la prestation à facturer.

La création d'une feuille de soins se compose :

- D'une lecture des cartes et sélection du dossier patient.
- De la réalisation de la feuille de soins (Saisi de l'acte et validation de la feuille de soins à l'aide des raccourcis clavier).
- De la validation du règlement.

Etape 1 : Lecture des cartes et sélection du dossier patient

A partir du Navigateur

- Appuyez sur la touche **F6** de votre clavier pour effectuer une lecture de la carte CPS.
- Pressez la touche **F7** pour effectuer une lecture de la carte Vitale.
- Utilisez les touches **Flèches de direction** du clavier pour sélectionner le patient concerné dans la liste des bénéficiaires qui apparaît.
- Appuyez sur les touches **ALT + S** pour commencer la feuille de soins.

Etape 2 : Réalisation de la feuille de soins

1er écran de création de la facture

La prestation est définie par défaut, aucune action n'est nécessaire, la prestation s'ajoutera à la facture par la manipulation du point suivant.

- Appuyez sur les touches **ALT + N ou ALT + O** pour répondre Non ou Oui à la question Soins en rapport avec un accident de droit commun causé par un tiers ? (Ceci ne concerne pas un accident de travail).

L'acte présent dans le champ Prestations est alors intégré dans la zone Feuille de soins.

- Appuyez sur les touches **ALT + S** pour passer au 2ème écran de facturation.

2ème écran de création de la facture

Le montant que votre patient doit vous régler est affiché au bas de la fenêtre.

- Appuyez sur la touche **ALT + V** pour valider et sécuriser la facture.

Si vous n'avez pas lu la carte Vitale, le bouton Valider et remplacer par un bouton Imprimer, la touche de raccourci pour imprimer est ALT + I.

Etape 3 : Validation du règlement

- Saisissez le N° de chèque ou changez le mode de règlement en sélectionnant le bouton radio correspondant.
- Appuyez sur la touche **ALT + V** pour valider le règlement.

La feuille de soins et son règlement sont enregistrés.

8.6. Créer une FSE avec CMU

Les étapes décrites ci-dessous vous permettent de créer une FSE pour un bénéficiaire CMU.

La création d'une FSE avec CMU se compose :

- D'une lecture des cartes et sélection du dossier patient.
- De la réalisation de la feuille de soins (validation de la CMU).

Etape 1 : Lecture des cartes et sélection du dossier patient

A partir du Navigateur

- Effectuez une Lecture des cartes CPS et Vitale.
- Sélectionnez le patient concerné dans la liste des bénéficiaires qui apparaît.

Si les droits CMU sont présents en carte Vitale, les informations sont affichées dans le Visualisateur, à gauche.

- Cliquez sur

pour commencer la facture.

Etape 2 : Réalisation de la feuille de soins

1er écran de création de la facture

- Définissez la situation du parcours de soins (voir Définir la situation du parcours de soins).
- Définissez la prestation :
  - Dans le cas où vous avez défini un favori par défaut, il apparaît automatiquement dans le champ Prestations. S'il correspond aux actes que vous souhaitez facturer, répondez seulement au point suivant. La prestation s'ajoutera automatiquement.
  - Sinon saisissez le code complet de l'acte (NGAP ou CCAM) ou la formule d'actes dans le champ Prestations.
  - Ou sélectionnez un favori en cliquant sur

.
  - Ou recherchez le/les acte(s) CCAM dans la zone Prestations (voir Rechercher un acte CCAM).
- Cliquez sur le bouton radio pour répondre à la question Soins en rapport avec un accident de droit commun causé par un tiers ? (Ceci ne concerne pas un accident de travail).

  L'acte présent dans le champ Prestations est alors intégré dans la zone Feuille de soins.
- Cliquez sur

.

2ème écran de création de la facture

Si la carte Vitale est à jour :

Le cadre de remboursement 3 est automatiquement choisi. La fenêtre Gestion de la part mutuelle s'ouvre automatiquement sur l'onglet CMU Complémentaire ou AME.

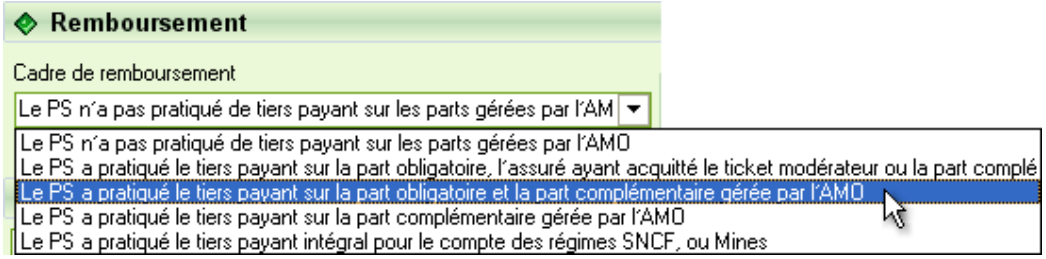
- Cliquez sur

.

  Le montant à régler par l'assuré est nul.
- Cliquez sur

pour finaliser et sécuriser la facture.

Si la carte Vitale n'est pas à jour :


Remboursement
Cadre de remboursement
Le PS n'a pas pratiqué de tiers payant sur les parts gérées par l'AM
Le PS n'a pas pratiqué de tiers payant sur les parts gérées par l'AMO
Le PS a pratiqué le tiers payant sur la part obligatoire, l'assuré ayant acquitté le ticket modérateur ou la part complé
Le PS a pratiqué le tiers payant sur la part obligatoire et la part complémentaire gérée par l'AMO
Le PS a pratiqué le tiers payant sur la part complémentaire gérée par l'AMO
Le PS a pratiqué le tiers payant intégral pour le compte des régimes SNCF, ou Mines

- Cliquez sur la flèche noire en bout de zone du Cadre de remboursement et sélectionnez la règle 3 Le PS a pratiqué le Tiers Payant sur la part obligatoire et la part complémentaire gérée par l'AMO.

La fenêtre Gestion de la part mutuelle s'ouvre automatiquement sur l'onglet CMU Complémentaire ou AME.

› Si la CMU est gérée par un autre organisme que la sécurité sociale, changez le choix en cochant CMU gérée par organisme référencé et saisissez le numéro de l'organisme. Sinon laissez CMU auprès de l'organisme obligatoire.

› Cliquez sur

.

La règle 3 apparaît maintenant dans le cadre de remboursement. Le montant à régler par l'assuré est nul.

› Cliquez sur

pour finaliser et sécuriser la facture.

N'oubliez pas de restituer la carte Vitale à votre patient. Un message vous le signale au bas de l'écran
La feuille de soins est enregistrée, le patient ne doit rien, la fenêtre règlement n'apparaît pas.

8.7. Créer une FSE en tiers payant complet

8.7.a. Le numéro de mutuelle est inscrit sur la carte Vitale

Les étapes décrites ci-dessous vous permettent de créer une FSE avec renseignement de la mutuelle lorsque la carte Vitale est à jour et contient cette information.

La création d'une FSE en tiers payant complet se compose de 2 étapes :

- lecture des cartes et sélection du dossier patient.
- réalisation de la feuille de soins (sélection de la convention).

Etape 1 : Lecture des cartes et sélection du dossier patient

A partir du Navigateur

› Effectuez une Lecture des cartes CPS et Vitale.

› Sélectionnez le patient concerné dans la liste des bénéficiaires qui apparaît.

Les droits Mutuelle sont affichés dans le visualisateur, à gauche.

› Cliquez sur

pour commencer la facture.

Etape 2 : Réalisation de la feuille de soins

1er écran de création de la facture

› Définissez la situation du parcours de soins (voir Définir la situation du parcours de soins).

› Définissez la prestation :

- Dans le cas où vous avez défini un favori par défaut, il apparaît automatiquement dans le champ Prestations. S'il correspond aux actes que vous souhaitez facturer, répondez seulement au point suivant. La prestation s'ajoutera automatiquement.
- Sinon saisissez le code complet de l'acte (NGAP ou CCAM) ou la formule d'actes dans le champ Prestations.
- Ou sélectionnez un favori en cliquant sur

.
- Ou recherchez le/les acte(s) CCAM dans la zone Prestations (voir Rechercher un acte CCAM).

› Cliquez sur le bouton radio pour répondre à la question Les soins sont-ils en rapport avec un accident de droit commun causé par un tiers ? (Ceci ne concerne pas un accident de travail).

L'acte présent dans le champ Prestations est alors intégré dans la zone Feuille de soins.

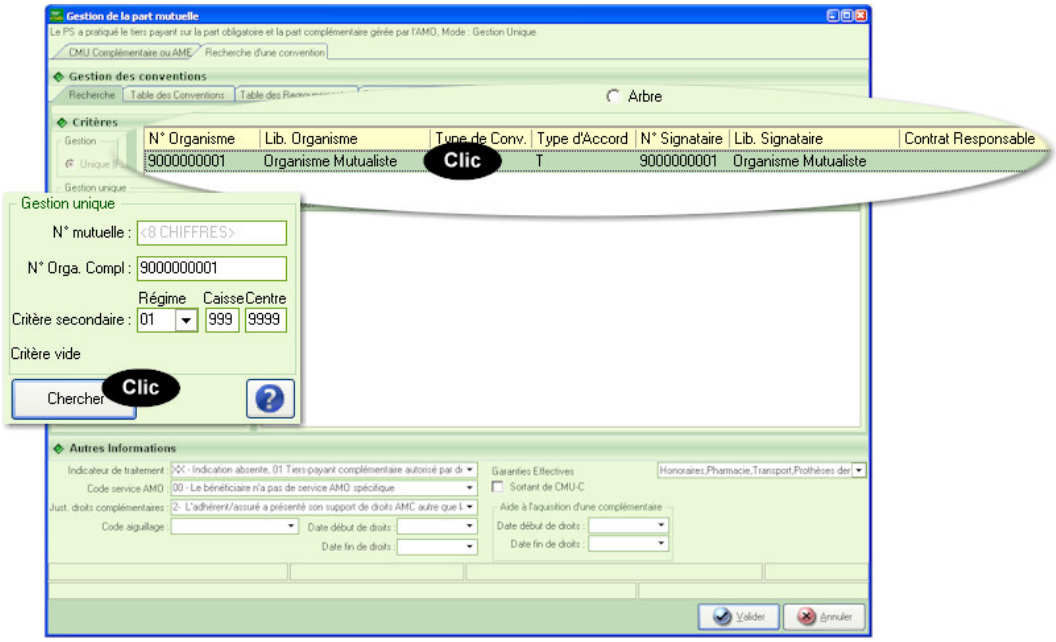
› Cliquez sur

.

2ème écran de création de la facture

› Cliquez sur la flèche à droite du cadre de remboursement afin de sélectionner la 3ème règle Le PS a pratiqué le tiers payant sur la part obligatoire et la part complémentaire gérée par l'AMO.

La fenêtre Gestion de la part mutuelle apparaît automatiquement afin de choisir l'organisme complémentaire :



- Sélectionnez l'onglet Recherche d'une convention.
- Cliquez sur Chercher, le numéro de mutuelle apparaît automatiquement car il est inscrit sur la carte Vitale du patient.

Lorsque l'organisme est présent dans le référentiel il apparaît dans la zone Résultat (à droite). Si l'organisme n'apparaît pas, il faut le créer (voir Créer une convention en gestion unique puis revenez à cette procédure à partir du point ci-dessous).

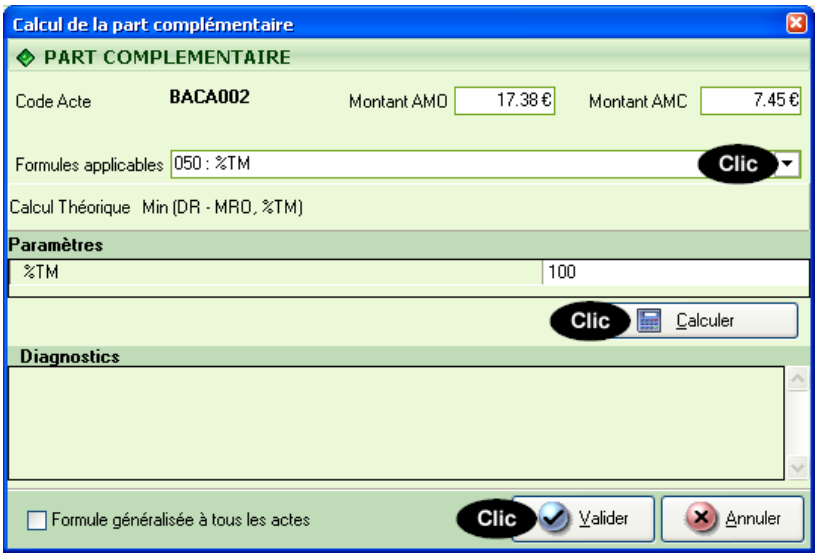
- Effectuez un clic sur la ligne de l'organisme.
- Renseignez, si besoin est, les éléments dans la zone du bas à l'aide de l'attestation papier que le patient vous a présenté (Numéro adhérent, Identifiant assuré, date de début de droit…).
- Cliquez sur Valider.

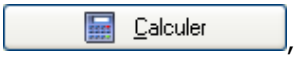
Retour au 2ème écran de création de la facture

La complémentaire est notée en dessous du Cadre de remboursement. Un message en rouge, dans le visualisateur, vous informe que la part complémentaire doit être calculée.

- Cliquez sur sur la ligne du premier acte prescrit, dans la colonne AMC, pour calculer le montant de la part complémentaire.

La fenêtre suivante apparaît :



- Cliquez sur la flèche à droite du champ Formules applicables et sélectionnez dans la liste qui apparaît la formule de calcul à appliquer (ex : 052:100%TM).
- Cliquez sur 

, afin que la montant AMC apparaisse en haut à droite de la fenêtre.
- Cliquez sur

pour confirmer le choix.
- Effectuez les mêmes manipulations pour tous les actes de la facture, s'il y a.

Si la formule de calcul est la même pour tous les actes de la facture, vous pouvez cocher "Formule généralisée à tous les actes" en bas de la fenêtre de calcul.

La part AMC est maintenant renseignée dans la partie Liste des actes prescrits :

- Cliquez sur

.

La feuille de soins est enregistrée, le montant à régler par le patient est à 0€, la fenêtre de règlement n'apparaît pas.

8.7.b. Le numéro de mutuelle n'est pas inscrit sur la carte Vitale

Les étapes décrites ci-dessous vous permettent de créer une FSE avec renseignement de la mutuelle lorsque la carte Vitale n'est pas à jour, **le patient doit vous présenter une attestation papier**.

La création d'une FSE en tiers payant complet se compose de la :

- lecture des cartes et sélection du dossier patient.
- réalisation de la feuille de soins (recherche et sélection de la convention).

Etape 1 : Lecture des cartes et sélection du dossier patient

A partir du Navigateur

- Effectuez une Lecture des cartes CPS et Vitale.
- Sélectionnez le patient concerné dans la liste des bénéficiaires qui apparaît.
- Cliquez sur

pour commencer la facture.

Les droits Mutuelle sont affichés dans le visualisateur, à gauche. Ici il n'y a pas de droit complémentaire.

Etape 2 : Réalisation de la feuille de soins

1er écran de création de la facture

- Définissez la situation du parcours de soins (voir Définir la situation du parcours de soins).
- Définissez la prestation :
  - Dans le cas où vous avez défini un favori par défaut, il apparaît automatiquement dans le champ Prestations. S'il correspond aux actes que vous souhaitez facturer, répondez seulement au point suivant. La prestation s'ajoutera automatiquement.
  - Sinon saisissez le code complet de l'acte (NGAP ou CCAM) ou la formule d'actes dans le champ Prestations.
  - Ou sélectionnez un favori en cliquant sur

.
  - Ou recherchez le/les acte(s) CCAM dans la zone Prestations (voir Rechercher un acte CCAM).
- Cliquez sur le bouton radio pour répondre à la question Les soins sont-ils en rapport avec un accident de droit commun causé par un tiers ? (Ceci ne concerne pas un accident de travail).

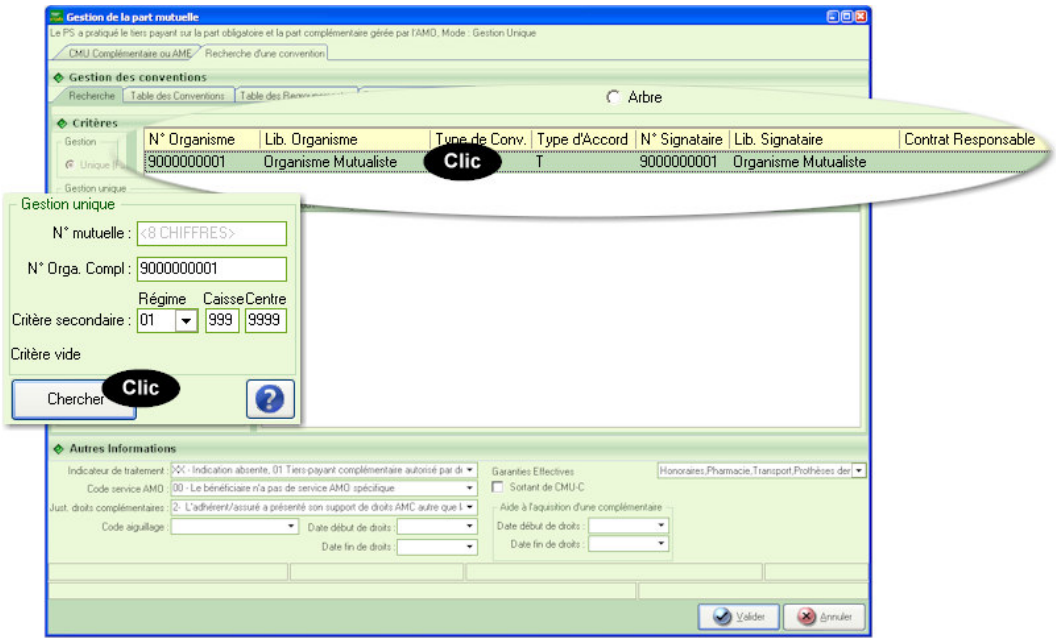
  L'acte présent dans le champ Prestations est alors intégré dans la zone Feuille de soins.
- Cliquez sur

.

2ème écran de création de la facture

› Cliquez sur la flèche à droite du cadre de remboursement afin de sélectionner la 3ème règle Le PS a pratiqué le tiers payant sur la part obligatoire et la part complémentaire gérée par l'AMO.

La fenêtre Gestion de la part mutuelle apparaît automatiquement afin de choisir la convention avec l'organisme complémentaire, munissez-vous de l'attestation papier fournie par le patient pour sélectionner la mutuelle :



› Sélectionnez l'onglet Recherche d'une convention.

› Saisissez le numéro de mutuelle dans le champ N° Orga. Compl.

› Cliquez sur Chercher pour effectuer la recherche.

Lorsque l'organisme est présent dans le référentiel, il apparaît sur la partie droite. Si l'organisme n'apparaît pas, il faut le créer (voir Créer une convention en gestion unique puis revenez à cette procédure à partir du point ci-dessous).

› Effectuez un clic sur la ligne de l'organisme.

› Renseignez, si besoin est, les éléments dans la zone du bas à l'aide de l'attestation papier que le patient vous a présenté (Numéro adhérent, Identifiant assuré, date de début de droit…).

› Cliquez sur

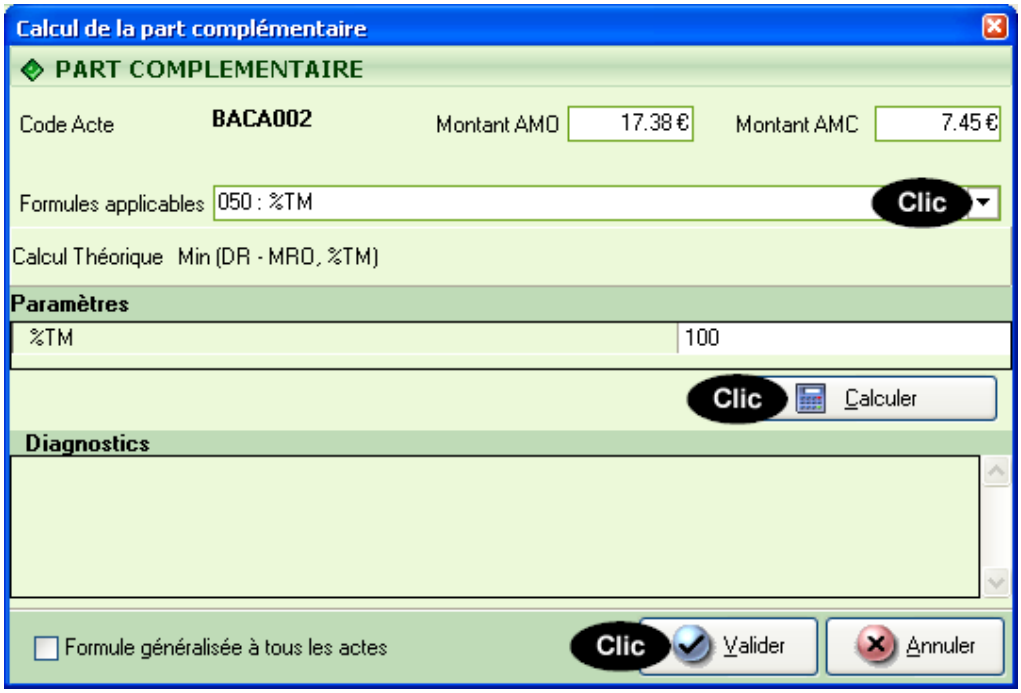
.

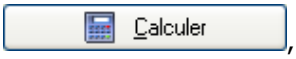
Retour au 2ème écran de création de la facture

La complémentaire est notée en dessous du Cadre de remboursement. Un message en rouge, dans le visualisateur, vous informe que la part complémentaire doit être calculée.

› Cliquez sur sur la ligne du premier acte prescrit, dans la colonne AMC, pour calculer le montant de la part complémentaire.

La fenêtre suivante apparaît :



- Cliquez sur la flèche à droite du champ Formules applicables et sélectionnez dans la liste qui apparaît la formule de calcul à appliquer.
- Cliquez sur 

, afin que la montant AMC apparaisse en haut à droite de la fenêtre.
- Cliquez sur

pour confirmer le choix.
- Effectuez les mêmes manipulations pour tous les actes de la facture, s'il y a.

Si la formule de calcul est la même pour tous les actes de la facture, vous pouvez cocher "Formule généralisée à tous les actes" en bas de la fenêtre de calcul.

La part AMC est maintenant renseignée dans la partie Liste des actes prescrits :

- Cliquez sur

.

La feuille de soins est enregistrée, le montant à régler par le patient est à 0€, la fenêtre de règlement n'apparaît pas.

8.8. Créer une DRE en tiers payant (Demande de Remboursement Electronique)

8.8.a. FSE et DRE en tiers payant

Les étapes décrites ci-dessous vous permettent de créer une FSE avec la part obligatoire en tiers payant et une DRE avec la part complémentaire en tiers payant également.

La création d'une FSE en tiers payant avec une DRE en tiers payant se compose de 2 étapes, de la :

- Lecture des cartes et sélection du dossier patient.
- Réalisation de la feuille de soins (sélection de la convention).

Etape 1 : Lecture des cartes et sélection du dossier patient
A partir du Navigateur

- Effectuez une Lecture des cartes CPS et Vitale.
- Sélectionnez le patient concerné dans la liste des bénéficiaires qui apparaît.
- Cliquez sur

pour commencer la facture.

Etape 2 : Réalisation de la feuille de soins

1er écran de création de la facture

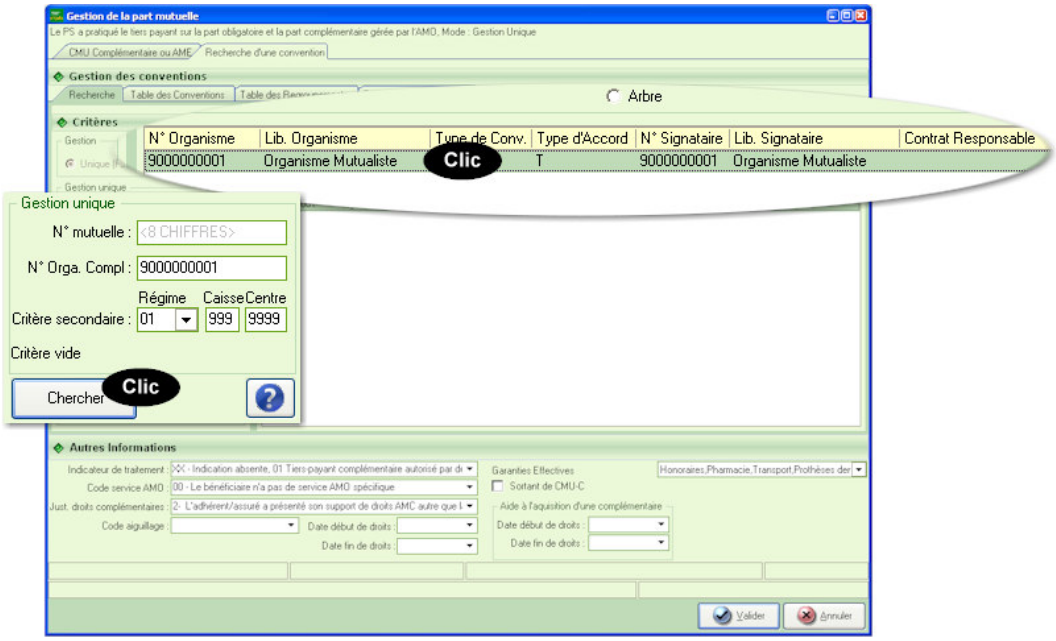
- Définissez la situation du parcours de soins (voir Définir la situation du parcours de soins).
- Définissez la prestation :
  - Dans le cas où vous avez défini un favori par défaut, il apparaît automatiquement dans le champ Prestations. S'il correspond aux actes que vous souhaitez facturer, répondez seulement au point suivant. La prestation s'ajoutera automatiquement.
  - Sinon saisissez le code complet de l'acte (NGAP ou CCAM) ou la formule d'actes dans le champ Prestations.
  - Ou sélectionnez un favori en cliquant sur Favoris.
  - Ou recherchez le/les acte(s) CCAM dans la zone Prestations (voir Rechercher un acte CCAM).
- Cliquez sur le bouton radio pour répondre à la question Les soins sont-ils en rapport avec un accident de droit commun causé par un tiers ? (Ceci ne concerne pas un accident de travail).

  L'acte présent dans le champ Prestations est alors intégré dans la zone Feuille de soins.
- Cliquez sur Suite.

2ème écran de création de la facture

- Cliquez sur la flèche à droite du cadre de remboursement afin de sélectionner la 2ème règle : sélectionnez Le PS a pratiqué le tiers payant sur la part obligatoire, l'assuré ayant acquitté le ticket modérateur ou la part complémentaire ayant fait l'objet d'un tiers payant hors convention de gestion AMO-AMC.
- Cliquez sur Choix Organisme.

La fenêtre Gestion de la part mutuelle apparaît afin de choisir la convention avec l'organisme complémentaire :



- Sélectionnez l'onglet Recherche d'une convention.
- Saisissez dans le champ N° Orga. Compl. le numéro de la convention à rechercher.

Le numéro de la convention apparaît automatiquement uniquement s'il est référencé sur la carte Vitale du patient. Sinon, à l'aide de l'attestation papier du patient, indiquez le numéro d'organisme complémentaire.

- Cliquez sur Chercher.

Lorsque l'organisme est présent dans le référentiel il apparaît dans la zone Résultat. Si l'organisme n'apparaît pas, il faut le créer (voir Créer une convention en gestion séparée).

- Effectuez un clic sur la ligne de l'organisme qui a la mention « T » au niveau de Type d'accord, car dans notre exemple nous effectuons une DRE en tiers payant.
- Renseignez, si besoin est, les éléments dans la zone du bas à l'aide de l'attestation papier que le patient vous a présenté (Numéro adhérent, Identifiant assuré, date de début de droit…).
- Cliquez sur

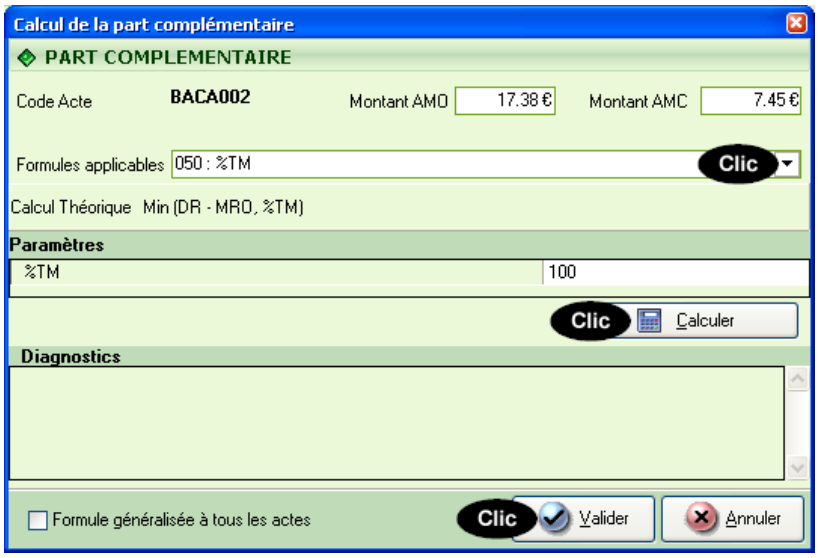
.

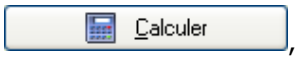
Retour au 2ème écran de création de la facture

La complémentaire est notée en dessous du Cadre de remboursement. Un message en rouge dans le visualisateur vous informe que la part complémentaire doit être calculée.

- Cliquez sur sur la ligne du premier acte prescrit pour calculer le montant de la part complémentaire.

La fenêtre suivante apparaît :



- Cliquez sur la flèche à droite et sélectionnez dans la liste qui apparaît la formule de calcul à appliquer.
- Cliquez sur 

, afin que la montant AMC apparaît en haut à droite de la fenêtre.
- Cliquez sur

pour confirmer le choix.
- Effectuez les mêmes manipulations pour tous les actes de la facture, s'il y a.

Si la formule de calcul est la même pour tous les actes de la facture, vous pouvez cocher "Formule généralisée à tous les actes" en bas de la fenêtre de calcul.

La part AMC est maintenant renseignée dans la partie Liste des actes prescrits :

- Cliquez sur

.

La feuille de soins est enregistrée, le montant à régler par le patient est à 0€, la fenêtre de règlement n'apparaît pas.

8.8.b. DRE en tiers payant

Vous ne pouvez réaliser une DRE seule uniquement pour des actes qui ne sont pas pris en charge par l'AMO (acte hors nomenclature, par exemple, HN).

Les étapes décrites ci-dessous vous permettent de créer une DRE en tiers payant.

La création d'une DRE en tiers payant se décompose en 2 étapes :

- Lecture des cartes et sélection du dossier patient.
- Réalisation de la feuille de soins (sélection de la convention).

Etape 1 : Lecture des cartes et sélection du dossier patient

A partir du Navigateur

- Effectuez une Lecture des cartes CPS et Vitale.
- Sélectionnez le patient concerné dans la liste des bénéficiaires qui apparaît.
- Cliquez sur Feuille de Soins pour commencer la facture.

Etape 2 : Réalisation de la feuille de soins

1er écran de création de la facture

- Définissez la situation du parcours de soins (voir Définir la situation du parcours de soins).
- Définissez la prestation :
  - Dans le cas où vous avez défini un favori par défaut, il apparaît automatiquement dans le champ Prestations. S'il correspond aux actes que vous souhaitez facturer, répondez seulement au point suivant. La prestation s'ajoutera automatiquement.
  - Sinon saisissez le code complet de l'acte (NGAP ou CCAM) ou la formule d'actes dans le champ Prestations.
  - Ou sélectionnez un favori en cliquant sur Favoris.
  - Ou recherchez le/les acte(s) CCAM dans la zone Prestations (voir Rechercher un acte CCAM).

Pour effectuer une DRE seule, il faut que l'acte ne soit pas pris en charge par l'AMO.

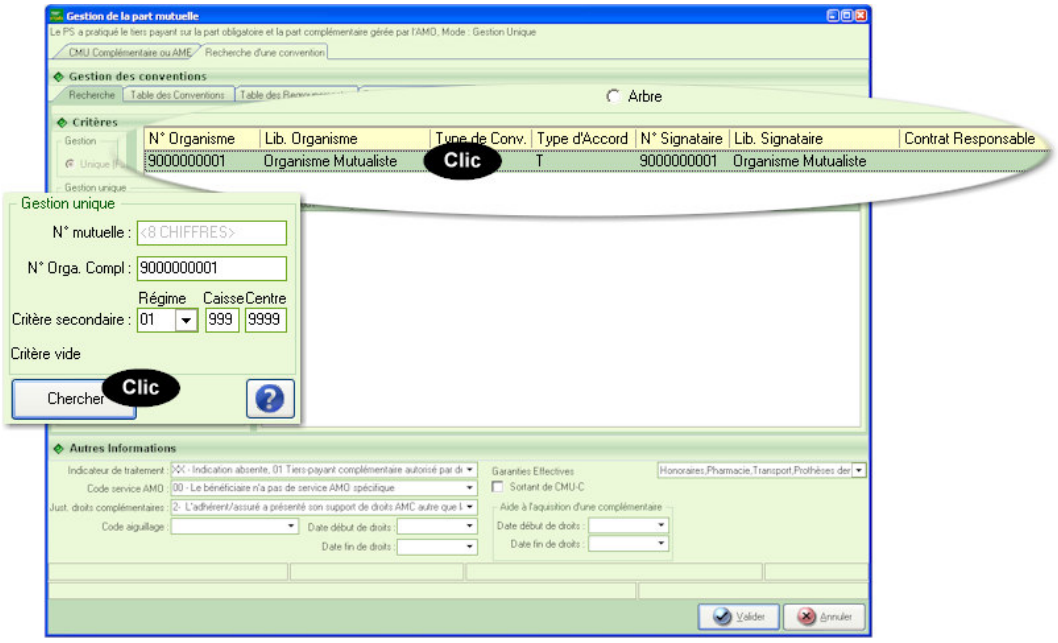
- Cliquez sur le bouton radio pour répondre à la question Les soins sont-ils en rapport avec un accident de droit commun causé par un tiers ? (Ceci ne concerne pas un accident de travail).

  L'acte présent dans le champ Prestations est alors intégré dans la zone Feuille de soins.
- Cliquez sur Suite.

2ème écran de création de la facture

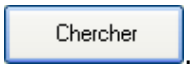
- Saisissez un montant dans le champ Facturé si le montant de l'acte sélectionné est à 0.
- Le cadre de remboursement indique par défaut la règle 1. Si ce n'est pas le cas, veuillez la sélectionner : Le PS n'a pas pratiqué de tiers payant sur les parts gérées par l'AMO.
- Cliquez sur Choix Organisme.

La fenêtre Gestion de la part mutuelle apparaît afin de choisir l'organisme complémentaire :



- Sélectionnez l'onglet Recherche d'une convention.
- Saisissez dans le champ N° Orga. Compl. le numéro de la convention à rechercher.

Le numéro de la convention apparaît automatiquement uniquement s'il est référencé sur la carte Vitale du patient. Sinon, à l'aide de l'attestation papier du patient, indiquez le numéro d'organisme complémentaire.

- Cliquez sur 

.

Lorsque l'organisme est présent dans le référentiel il apparaît dans la zone Résultat, à droite. Si l'organisme n'apparaît pas, il faut le créer (voir Créer une convention en gestion séparée).

- Effectuez un clic sur la ligne de l'organisme qui a la mention « T » au niveau de Type d'accord, car nous effectuons une DRE en tiers payant.
- Renseignez, si besoin est, les éléments dans la zone du bas à l'aide de l'attestation papier que le patient vous a présenté (Numéro adhérent, Identifiant assuré, date de début de droit…).
- Cliquez sur

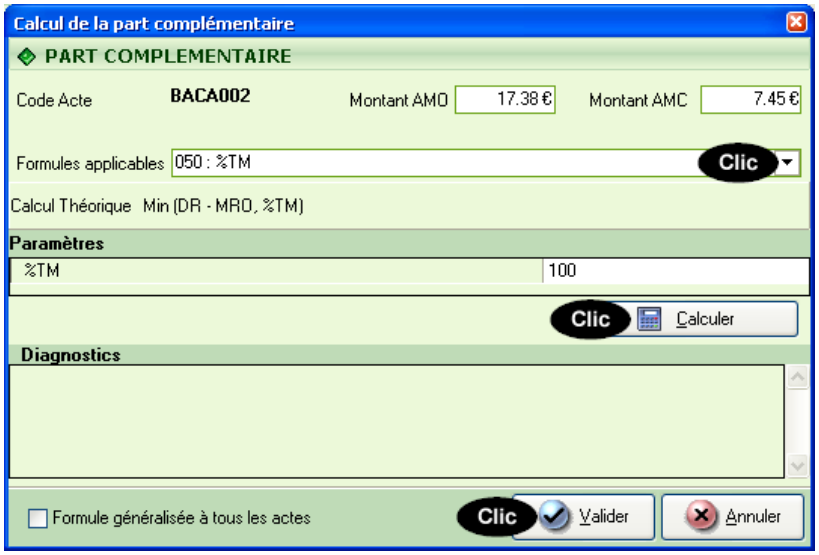
.

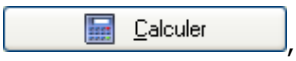
Retour au 2ème écran de création de la facture

La complémentaire est notée en dessous du Cadre de remboursement. Un message en rouge dans le visualisateur vous informe que la part complémentaire doit être calculée.

- Cliquez sur sur la ligne du premier acte prescrit pour calculer le montant de la part complémentaire.

La fenêtre suivante apparaît :



- Cliquez sur la flèche à droite et sélectionnez dans la liste qui apparaît la formule de calcul à appliquer.
- Cliquez sur 

, afin que la montant AMC apparaisse en haut à droite de la fenêtre.
- Cliquez sur

pour confirmer le choix.
- Effectuez les mêmes manipulations pour tous les actes de la facture, s'il y a.

Si la formule de calcul est la même pour tous les actes de la facture, vous pouvez cocher "Formule généralisée à tous les actes" en bas de la fenêtre de calcul.

La part AMC est maintenant renseignée dans la partie Liste des actes prescrits :

- Cliquez sur

.

La feuille de soins est enregistrée, le montant à régler par le patient est à 0€, la fenêtre de règlement n'apparaît pas.

8.9. Créer une FSE pour un Accident du Travail (AT)

Les étapes décrites ci-dessous vous permettent de créer une FSE avec la mention AT.

La création d'une FSE AT se compose de la :

- lecture des cartes et sélection du dossier patient.
- réalisation de la feuille de soins (sélection de la nature d'assurance Accident travail et saisi des éléments de l'AT).

Etape 1 : Lecture des cartes et sélection du dossier patient

A partir du Navigateur

- Effectuez une Lecture des cartes CPS et Vitale.
- Sélectionnez le patient concerné dans la liste des bénéficiaires qui apparaît. **Un accident de travail ne peut être effectué en facture électronique que si le patient est l'assuré (et non pas un ayant-droit)**.
- Cliquez sur

pour commencer la facture.

Etape 2 : Réalisation de la feuille de soins

1er écran de création de la facture

- Définissez la situation du parcours de soins (voir Définir la situation du parcours de soins).
- Définissez la prestation :
  - Dans le cas où vous avez défini un favori par défaut, il apparaît automatiquement dans le champ Prestations. S'il correspond aux actes que vous souhaitez facturer, répondez seulement au point suivant. La prestation s'ajoutera automatiquement.
  - Sinon saisissez le code complet de l'acte (NGAP ou CCAM) ou la formule d'actes dans le champ Prestations.
  - Ou sélectionnez un favori en cliquant sur

.
  - Ou recherchez le/les acte(s) CCAM dans la zone Prestations (voir Rechercher un acte CCAM).
- Cliquez sur le bouton radio pour répondre à la question Les soins sont-ils en rapport avec un accident de droit commun causé par un tiers ? (Ceci ne concerne pas un accident de travail).

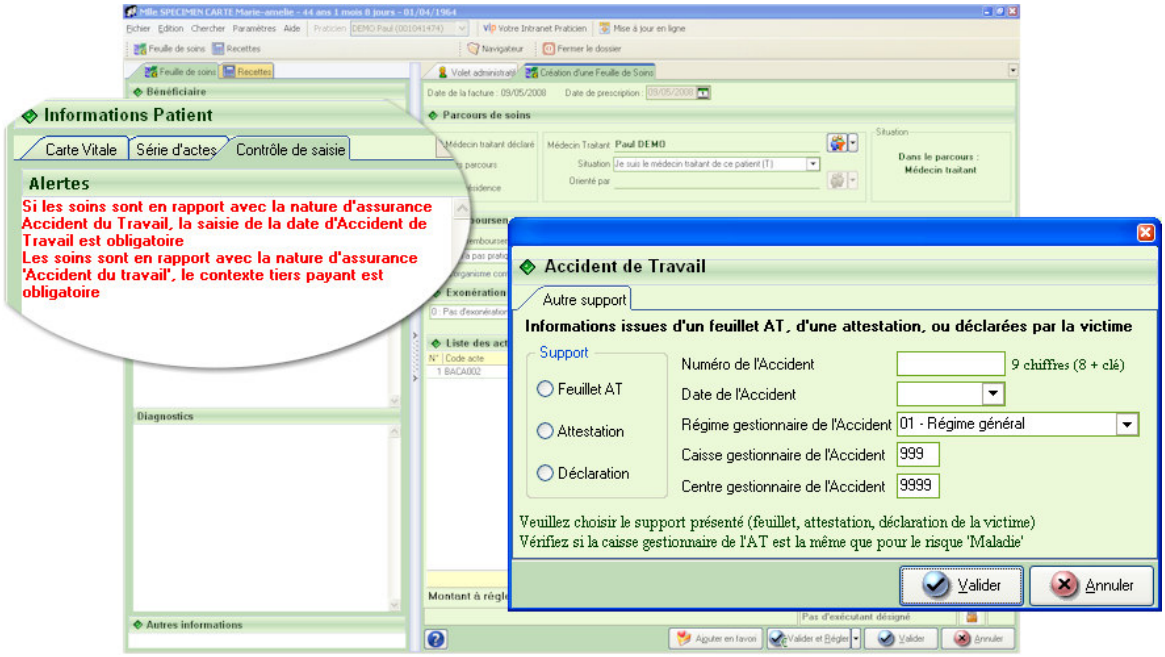
  L'acte présent dans le champ Prestations est alors intégré dans la zone Feuille de soins.
- Cliquez sur

.

2ème écran de création de la facture

- Choisissez dans le champ Nature d'Assurance la mention Accident travail.

La fenêtre Accident de Travail s'affiche ainsi qu'un message en rouge dans le visualisateur :


Informations Patient
Carte Vitale
Série d'actes
Contrôle de saisie
Alertes
Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance Accident du Travail, la saisie de la date d'Accident de Travail est obligatoire
Les soins sont en rapport avec la nature d'assurance 'Accident du travail', le contexte tiers payant est obligatoire
Accident de Travail
Autre support
Informations issues d'un feuillet AT, d'une attestation, ou déclarées par la victime
Support
Feuillet AT
Attestation
Déclaration
Numéro de l'Accident
9 chiffres (8 + clé)
Date de l'Accident
Régime gestionnaire de l'Accident
01 - Régime général
Caisse gestionnaire de l'Accident
999
Centre gestionnaire de l'Accident
9999
Veuillez choisir le support présenté (feuillet, attestation, déclaration de la victime)
Vérifiez si la caisse gestionnaire de l'AT est la même que pour le risque 'Maladie'
Valider
Annuler

- Définissez la provenance des informations en cochant le bouton radio correspondant de la zone Support.

Certains Régimes n'acceptent pas de FSE pour les premiers soins, il faut donc réaliser une feuille de soins papier. Un message dans le visualisateur à gauche vous le signalera après validation de cette fenêtre (voir ci-après).

- Saisissez le Numéro de l'Accident de Travail, si vous le connaissez.
- Saisissez la Date de l'Accident (voir Saisir une date). Cette information est obligatoire, comme le message dans le visualisateur vous le précise.
- Modifiez la caisse gestionnaire de l'AT, si elle est différente de celle notée sur la carte Vitale de l'assuré. Dans ce cas, la facture électronique générée sera transmise en mode dégradé. Vous devrez l'accompagner d'une feuille de soins papier. Vous ne recevrez pas d'ARL de la part de l'AMO.
- Cliquez sur

.

La règle 2 est maintenant sélectionnée dans le cadre de remboursement : Le PS a pratiqué le tiers payant sur la part obligatoire, l'assuré ayant acquitté la part complémentaire.

Le taux de prise en charge de la sécurité sociale (la part obligatoire) est passé à 100%.

De fait, le montant à régler par l'assuré est nul.

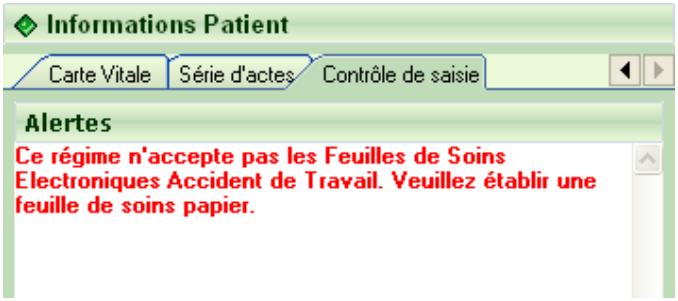
- Cliquez sur

pour finaliser la facture.

La feuille de soins est enregistrée, le patient ne doit rien donc la fenêtre règlement n'apparaît pas.

N'oubliez pas de restituer la carte Vitale à votre patient.

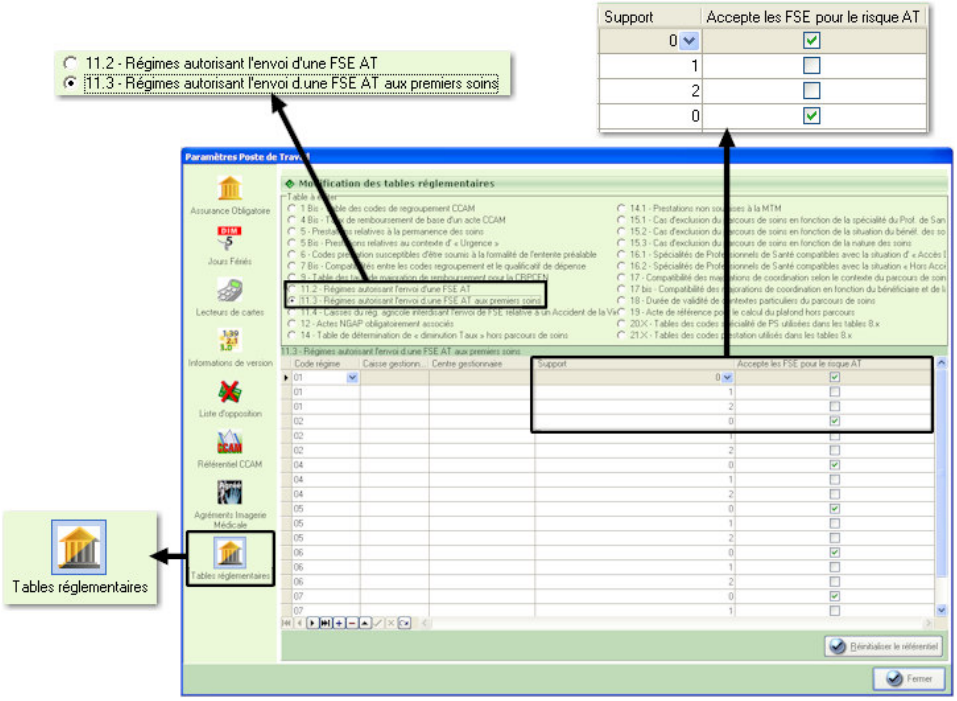
Certains régimes n'acceptent pas de Feuille de Soins Electronique pour un Accident du Travail, de manière générale (Table 11.2) ou uniquement pour la première déclaration (table 11.3). Il vous faut donc effectuer une feuille de soins papier (FSP). Ceci est indiqué, après la validation de la fenêtre Accident du Travail, par un message dans la zone Diagnostics du visualisateur :


Informations Patient
Carte Vitale
Série d'actes
Contrôle de saisie
Alertes
Ce régime n'accepte pas les Feuilles de Soins Electroniques Accident de Travail. Veuillez établir une feuille de soins papier.

La saisie d'une Feuille de soins Electronique Accident du Travail s'effectue uniquement si le régime d'affiliation du patient autorise les feuilles de soins électroniques Accident du travail.

Pour connaître les régimes qui autorisent la réception d'une FSE AT, sélectionnez le menu Paramètres > Poste de travail AxiAM.

Dans la fenêtre qui s'affiche :



› Cliquez sur l'icône Tables réglementaires.

***Il est fortement déconseillé de modifier le contenu des tables réglementaires**, sauf indication précise de vos interlocuteurs SESAM-Vitale. Toute modification effectuée sur ces tables sans accord préalable de vos interlocuteurs SESAM-Vitale peut entraîner un rejet des feuilles de soins électroniques.*

› Cochez le bouton radio correspondant aux régimes que vous désirez consulter en haut de la fenêtre :

- Table 11.2 – Régimes autorisant l'envoi d'une FSE AT,
- Table 11.3 – Régimes autorisant l'envoi d'une FSE AT aux premiers soins.

Dans la colonne Support, des chiffres indiquent la nature des supports acceptés :

- 0 = Feuillet AT,
- 1 = Attestation,
- 2 = Déclaration.

Une case cochée indique que le régime concerné accepte la réception d'un AT en FSE.

8.10. Créer une FSE en ALD (Affection Longue Durée)

8.10.a. Carte Vitale à jour

Les étapes décrites ci-dessous vous permettent de créer une FSE avec la mention ALD lorsque l'information est présente sur la carte Vitale du patient.

La création d'une FSE en ALD se compose de la :

- lecture des cartes et sélection du dossier patient
- réalisation de la feuille de soins (Validation des actes ALD après le point)
- validation du règlement

Etape 1 : Lecture des cartes et sélection du dossier patient

A partir du Navigateur

- Effectuez une Lecture des cartes CPS et Vitale.
- Sélectionnez le patient concerné dans la liste des bénéficiaires qui apparaît.
- Cliquez sur

pour commencer la facture.

Etape 2 : Réalisation de la feuille de soins

1er écran de création de la facture

- Définissez la situation du parcours de soins (voir Définir la situation du parcours de soins).
- Définissez la prestation :
  - Dans le cas où vous avez défini un favori par défaut, il apparaît automatiquement dans le champ Prestations. S'il correspond aux actes que vous souhaitez facturer, répondez seulement au point suivant. La prestation s'ajoutera automatiquement.
  - Sinon saisissez le code complet de l'acte (NGAP ou CCAM) ou la formule d'actes dans le champ Prestations.
  - Ou sélectionnez un favori en cliquant sur

.
  - Ou recherchez le/les acte(s) CCAM dans la zone Prestations (voir Rechercher un acte CCAM).
- Cliquez sur le bouton radio pour répondre à la question Les soins sont-ils en rapport avec un accident de droit commun causé par un tiers ? (Ceci ne concerne pas un accident de travail).

  L'acte présent dans le champ Prestations est alors intégré dans la zone Feuille de soins.
- Cliquez sur

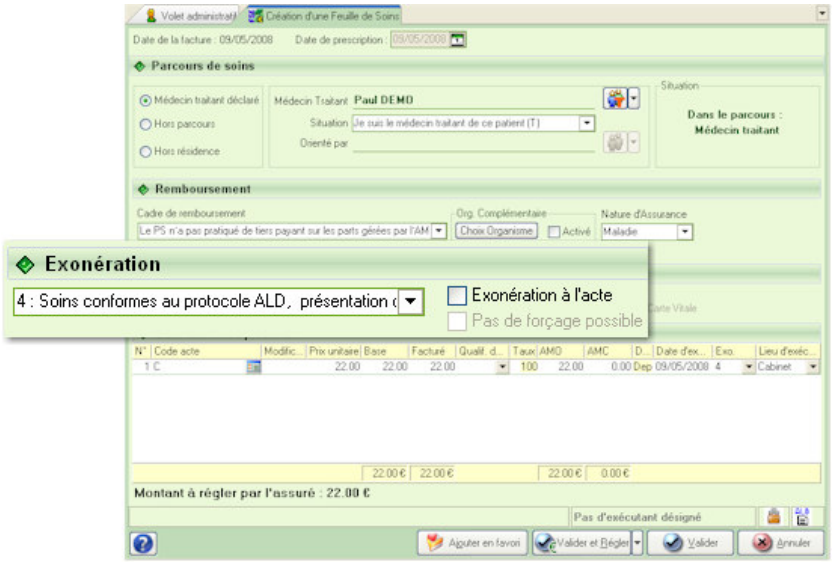
.

2ème écran de création de la facture

Le message suivant apparaît :

Ce message vous demande si l'acte C qui a une quantité de 1 et un coefficient 1 est en rapport avec l'affection de longue durée (ALD). La question vous est posée pour tous les actes présents sur la facture.

Répondez par l'affirmative aux actes concernant l'ALD.



La règle 4 : Soins relatifs aux affections (ALD), présentation d'une attestation d'ALD par le bénéficiaire est automatiquement sélectionnée dans la zone Exonération de la facture.

Le taux de prise en charge de chaque acte en ALD est maintenant de 100 %.

Le symbole ALD en bas à droite signale des actes en ALD.

Des droits ALD impliquent une prise en charge totale, à 100 %, des frais engagés, par l'organisme obligatoire, mais le tiers payant n'est pas obligatoire.

Si vous désirez effectuer un tiers payant, il faut choisir un cadre de remboursement, comme décrit dans la rubrique La zone Remboursement.

- Cliquez sur Valider pour valider et sécuriser la facture.

Etape 3 : Validation du règlement

- Saisissez le numéro de chèque ou changez le mode de règlement, en sélectionnant le bouton radio correspondant.
- Cliquez sur Valider pour enregistrer le règlement.

La feuille de soins et son règlement sont enregistrés. N'oubliez pas de restituer la carte Vitale à votre patient.

8.10.b. Carte Vitale non à jour

Les étapes décrites ci-dessous vous permettent de créer une FSE avec la mention ALD lorsque l'information n'est pas présente sur la carte Vitale du patient.

La création d'une FSE en ALD se compose de la :

- lecture des cartes et sélection du dossier patient.
- réalisation de la feuille de soins (sélection de l'exonération ALD et mention de l'exonération ALD en fonction des actes).
- validation du règlement.

Etape 1 : Lecture des cartes et sélection du dossier patient

A partir du Navigateur

- Effectuez une Lecture des cartes CPS et Vitale.
- Sélectionnez le patient concerné dans la liste des bénéficiaires qui apparaît.
- Cliquez sur Feuille de Soins pour commencer la facture.

Etape 2 : Réalisation de la feuille de soins

1er écran de création de la facture

› Définissez la situation du parcours de soins (voir Définir la situation du parcours de soins).

› Définissez la prestation :

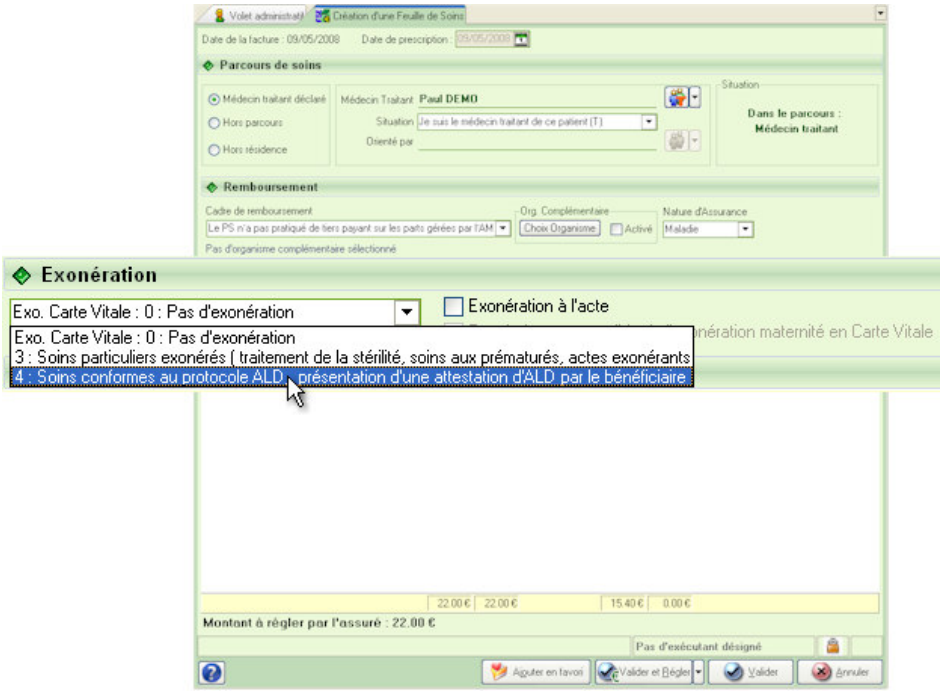
- Dans le cas où vous avez défini un favori par défaut, il apparaît automatiquement dans le champ Prestations. S'il correspond aux actes que vous souhaitez facturer, répondez seulement au point suivant. La prestation s'ajoutera automatiquement.
- Sinon saisissez le code complet de l'acte (NGAP ou CCAM) ou la formule d'actes dans le champ Prestations.
- Ou sélectionnez un favori en cliquant sur Favoris.
- Ou recherchez le/les acte(s) CCAM dans la zone Prestations (voir Rechercher un acte CCAM).

› Cliquez sur le bouton radio pour répondre à la question Les soins sont-ils en rapport avec un accident de droit commun causé par un tiers ? (Ceci ne concerne pas un accident de travail).

L'acte présent dans le champ Prestations est alors intégré dans la zone Feuille de soins.

› Cliquez sur Suite.

2ème écran de création de la facture


Parcours de soins
Remboursement
Exonération
Exo. Carte Vitale : 0 : Pas d'exonération
Exonération à l'acte
Exo. Carte Vitale : 0 : Pas d'exonération
3 : Soins particuliers exonérés (traitement de la stérilité, soins aux prématurés, actes exonérants
4 : Soins conformes au protocole ALD, présentation d'une attestation d'ALD par le bénéficiaire
Montant à régler par l'assuré : 22.00 €

› Cliquez sur la flèche noire en bout du champ Exonération et sélectionnez la règle 4 : Soins relatifs aux affections (ALD), présentation d'une attestation d'ALD par le bénéficiaire.

La carte Vitale n'étant pas à jour, le patient doit présenter une attestation papier justifiant des droits ALD. Répondez à la question posée dans la fenêtre qui s'affiche :

La réponse **Oui** entraîne l'apparition de fenêtres permettant d'identifier les actes liés à l'ALD :

Répondez à la question, pour chacun des actes de la facture.

Ce message vous demande si l'acte C qui a une quantité de 1 et un coefficient 1 est en rapport avec l'affection de longue durée (ALD). La question vous est posée pour tous les actes présents sur la facture.

Le taux de prise en charge de chaque acte pour lequel vous avez répondu par l'affirmative est maintenant de 100%.

Le symbole

en bas à droite signale des actes en ALD.

Des droits ALD implique une prise en charge totale, à 100 %, des frais engagés, par l'organisme obligatoire, mais le tiers payant n'est pas obligatoire.

Si vous désirez effectuer un tiers payant, il faut choisir un cadre de remboursement, comme décrit dans la rubrique La zone Remboursement.

- Cliquez sur

pour valider et sécuriser la facture.

Etape 3 : Validation du règlement

Une fenêtre règlement apparaît.

- Saisissez le numéro de chèque ou changez le mode de règlement, en sélectionnant le bouton radio correspondant au bas de la fenêtre.
- Cliquez sur

.

La feuille de soins et son règlement sont enregistrés. N'oubliez pas de restituer la carte Vitale à votre patient.

8.11. Créer une FSE avec le PAV (Participation Assuré en Ville)

Le PAV doit être facturé pour tout patient quel que soit son âge et sa situation dans le parcours de soins :

- pour les actes supérieurs à 91 €.
- pour les actes NGAP dont le coefficient est supérieur à 50.

L'indicateur « PAV » doit être positionné immédiatement après l'acte concerné par la mesure. S'il y a plusieurs actes, l'indicateur doit être positionné après l'acte le plus élevé.

À l'exception :

- AT/MP ou Maternité
- Patients exonérés (pensionnés d'invalidité ou de guerre, titulaires de rentes AT…)
- Titulaire d'une allocation de solidarité aux personnes âgées (FSV).
- Soins conformes au protocole ALD.
- Soins particuliers exonérés (traitement de la stérilité, soins aux prématurés, test HIV).
- Soins relevant d'un programme de prévention.

Dans le cas de tiers payant, vous devez demander au patient de payer les 18 €.

À l'exception (la participation assuré doit être facturée mais sera prise en charge par le régime concerné) :

- bénéficiaire de la CMU-Complémentaire (CMU-C).
- bénéficiaire de l'AME-Complémentaire (AME-C).
- bénéficiaire du régime local d'Alsace Moselle.
- bénéficiaire d'un régime spécial (SNCF, Mines…).

La création d'une FSE avec le PAV se compose de la :

- lecture des cartes et sélection du dossier patient.

- réalisation de la feuille de soins (saisie de l'indicateur PAV).

Etape 1 : Lecture des cartes et sélection du dossier patient

A partir du Navigateur

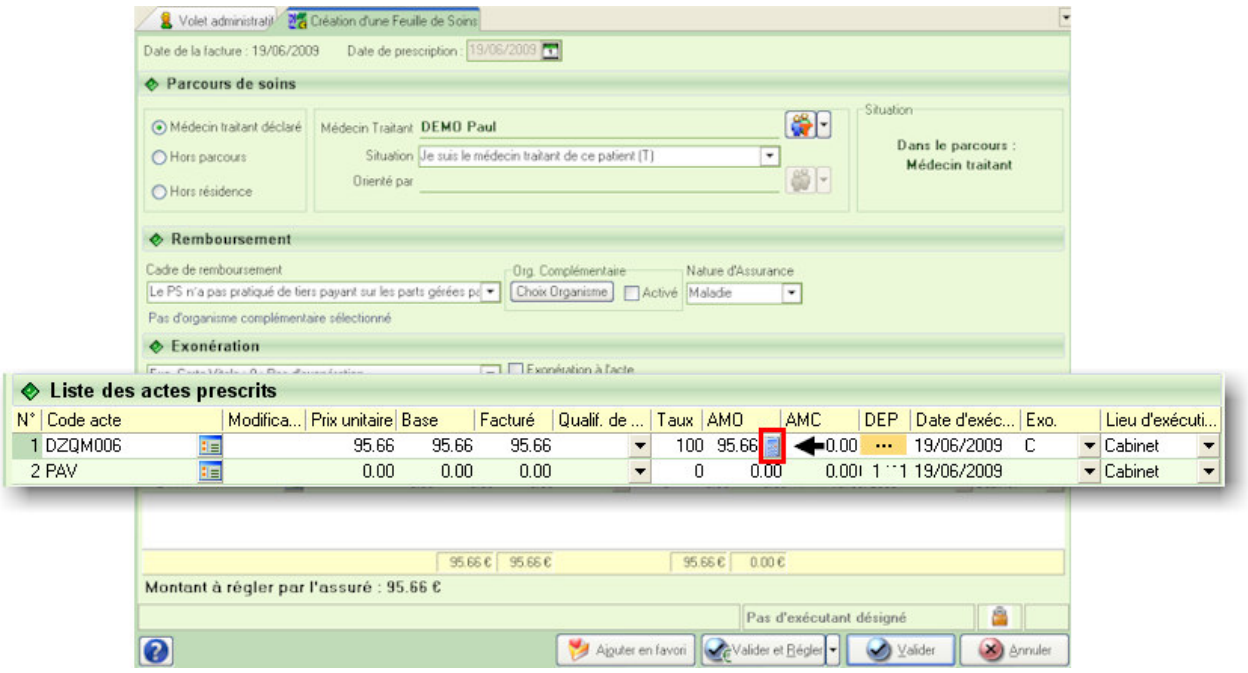
- Effectuez une Lecture des cartes CPS et Vitale.
- Sélectionnez le patient concerné dans la liste des bénéficiaires qui apparaît.
- Cliquez sur Feuille de Soins pour commencer la facture.

Etape 2 : Réalisation de la feuille de soins

1er écran de création de la facture

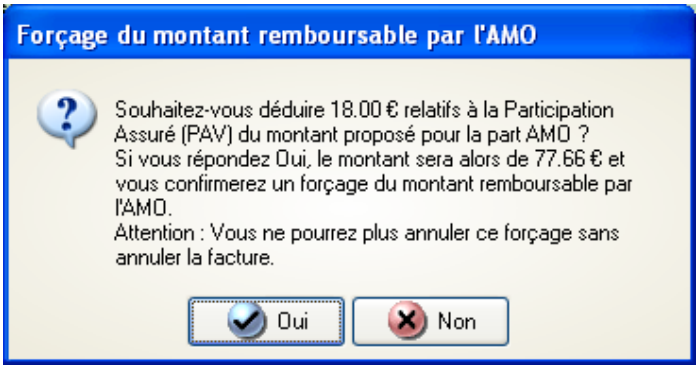
- Définissez la situation du parcours de soins (voir Définir la situation du parcours de soins).
- Définissez la prestation :
  - Saisissez le code complet de l'acte (NGAP ou CCAM) ou la formule d'actes dans le champ Prestations.
  - Ou recherchez le/les acte(s) CCAM dans la zone Prestations (voir Rechercher un acte CCAM).
  - Saisissez l'indicateur PAV.
  - Ou sélectionnez un favori en cliquant sur Favoris.
- Cliquez sur le bouton radio pour répondre à la question Soins en rapport avec un accident de droit commun causé par un tiers ? (Ceci ne concerne pas un accident de travail).
- Cliquez sur Suite.

2ème écran de création de la facture


Volet administratif
Création d'une Feuille de Soins
Date de la facture : 19/06/2009
Date de prescription : 19/06/2009
Parcours de soins
Médecin traitant déclaré
Hors parcours
Hors résidence
Médecin Traitant DEMO Paul
Situation Je suis le médecin traitant de ce patient (T)
Orienté par
Situation
Dans le parcours :
Médecin traitant
Remboursement
Cadre de remboursement
Le PS n'a pas pratiqué de tiers payant sur les parts gérées pa
Org. Complémentaire
Choix Organisme
Activé
Nature d'Assurance
Maladie
Pas d'organisme complémentaire sélectionné
Exonération
Exonération à l'acte
Liste des actes prescrits
N° Code acte Modifica... Prix unitaire Base Facturé Qualif. de ... Taux AMO AMC DEP Date d'exéc... Exo. Lieu d'exécuti...
1 DZQM006 95.66 95.66 95.66 100 95.66 0.00 19/06/2009 C Cabinet
2 PAV 0.00 0.00 0.00 0 0.00 0.00 19/06/2009 Cabinet
95.66 € 95.66 € 95.66 € 0.00 €
Montant à régler par l'assuré : 95.66 €
Pas d'exécutant désigné
Ajouter en favori
Valider et Régler
Valider
Annuler

- En cas de tiers payant, sélectionnez le cadre de remboursement concerné (voir La zone Remboursement).
- Cliquez sur dans la colonne AMO.

La fenêtre suivante s'affiche :


Forçage du montant remboursable par l'AMO
Souhaitez-vous déduire 18.00 € relatifs à la Participation Assuré (PAV) du montant proposé pour la part AMO ?
Si vous répondez Oui, le montant sera alors de 77.66 € et vous confirmerez un forçage du montant remboursable par l'AMO.
Attention : Vous ne pourrez plus annuler ce forçage sans annuler la facture.
Oui
Non

› Cliquez sur Oui.

Le montant AMO est alors déduit des 18 € relatifs à la Participation Assuré (PAV). Ces 18 € sont reportés sur le montant à la charge du patient ou sur le montant de la part AMC (selon les droits du bénéficiaire).

› Cliquez sur

pour finaliser la facture.

8.12. Créer une FSE en AME (Aide Médicale de l'Etat)

Les étapes décrites ci-dessous vous permettent de créer une FSE pour un patient bénéficiant de l'Aide Médicale de l'Etat.

La création d'une FSE en AME se compose de la :

- lecture des cartes et sélection du dossier patient.
- réalisation de la feuille de soins (validation de l'AME).

Etape 1 : Lecture des cartes et sélection du dossier patient

A partir du Navigateur

› Effectuez une Lecture des cartes CPS et Vitale.

› Sélectionnez le patient concerné dans la liste des bénéficiaires qui apparaît.

› Cliquez sur

pour commencer la facture.

Etape 2 : Réalisation de la feuille de soins

1er écran de création de la facture

› Définissez la situation du parcours de soins (voir Définir la situation du parcours de soins).

› Définissez la prestation :

- Dans le cas où vous avez défini un favori par défaut, il apparaît automatiquement dans le champ Prestations. S'il correspond aux actes que vous souhaitez facturer, répondez seulement au point suivant. La prestation s'ajoutera automatiquement.
- Sinon saisissez le code complet de l'acte (NGAP ou CCAM) ou la formule d'actes dans le champ Prestations.
- Ou sélectionnez un favori en cliquant sur

.
- Ou recherchez le/les acte(s) CCAM dans la zone Prestations (voir Rechercher un acte CCAM).

› Cliquez sur le bouton radio pour répondre à la question Soins en rapport avec un accident de droit commun causé par un tiers ? (Ceci ne concerne pas un accident de travail).

L'acte présent dans le champ Prestations est alors intégré dans la zone Feuille de soins.

› Cliquez sur

.

2ème écran de création de la facture

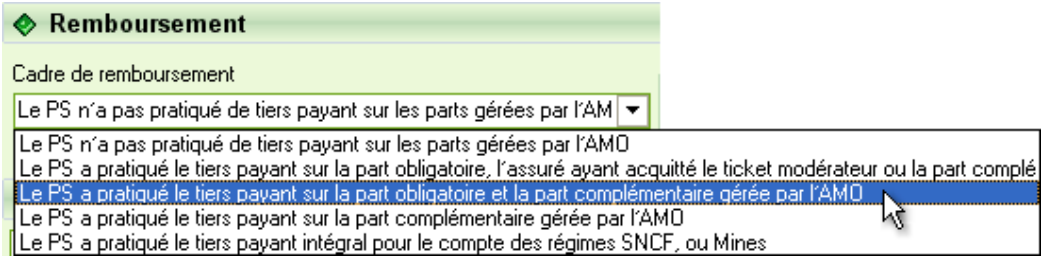
Si la carte Vitale est à jour :

Le cadre de remboursement 3 est automatiquement choisit. Le montant à régler par l'assuré est nul.

› Cliquez sur

pour finaliser la facture.

Si la carte Vitale n'est pas à jour :


Remboursement
Cadre de remboursement
Le PS n'a pas pratiqué de tiers payant sur les parts gérées par l'AM
Le PS n'a pas pratiqué de tiers payant sur les parts gérées par l'AMO
Le PS a pratiqué le tiers payant sur la part obligatoire, l'assuré ayant acquitté le ticket modérateur ou la part complé
Le PS a pratiqué le tiers payant sur la part obligatoire et la part complémentaire gérée par l'AMO
Le PS a pratiqué le tiers payant sur la part complémentaire gérée par l'AMO
Le PS a pratiqué le tiers payant intégral pour le compte des régimes SNCF, ou Mines

› Cliquez sur la flèche noire en bout de zone du Cadre de remboursement (Si vous ne voyez pas la flèche, cliquez dans le champ, elle apparaîtra) et sélectionnez la règle 3 Le PS a pratiqué le Tiers Payant sur la part obligatoire et la part complémentaire gérée par l'AMO.

La fenêtre Gestion de la part mutuelle s'ouvre automatiquement sur l'onglet CMU Complémentaire ou AME.

› Cochez Aide Médicale d'Etat (AME).

› Cliquez sur

.

La règle 3 apparaît maintenant dans le cadre de remboursement. Le montant à régler par l'assuré est nul.

› Cliquez sur

pour finaliser la facture.

N'oubliez pas de restituer la carte Vitale à votre patient. Un message vous le signale au bas de l'écran

La feuille de soins est enregistrée, le patient ne doit rien, la fenêtre règlement n'apparaît pas.

8.13. Gérer une série d'actes

8.13.a. Créer une série d'actes

Les étapes décrites ci-dessous vous permettent de créer une FSE contenant une série d'actes.

La création d'une FSE avec des actes en séries se compose de :

- la lecture des cartes et sélection du dossier patient,
- la réalisation de la feuille de soins (saisir le premier acte et sauvegarder la série).

Etape 1 : Lecture des cartes et sélection du dossier patient

A partir du Navigateur

› Effectuez une Lecture des cartes CPS et Vitale.

› Sélectionnez le patient concerné dans la liste des bénéficiaires qui apparaît.

› Cliquez sur

pour commencer la facture.

Etape 2 : Réalisation de la feuille de soins

1er écran de création de la facture

› Définissez la prestation :

- Dans le cas où vous avez défini un favori par défaut, il apparaît automatiquement dans le champ Prestations. S'il correspond aux actes que vous souhaitez facturer appuyez sur la touche Tabulation à gauche de la lettre A sur votre clavier.
- Sinon saisissez le code complet de l'acte ou la formule d'actes dans le champ Prestations.
- Ou sélectionnez un favori en cliquant sur

.
- Ou recherchez le/les acte(s) CCAM dans la zone Prestations (voir Rechercher un acte CCAM).

› Cliquez sur

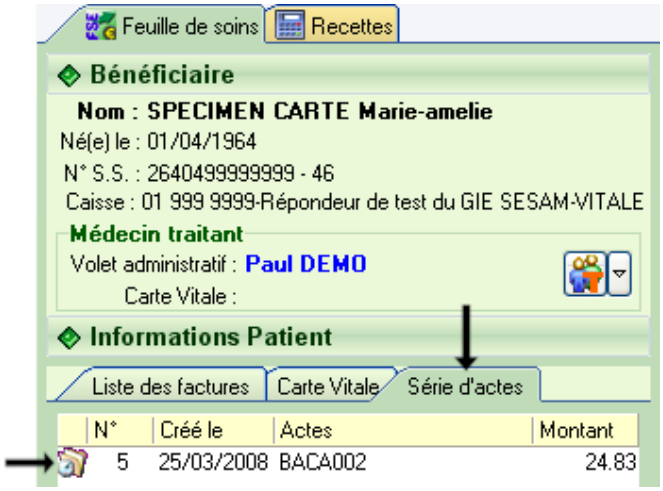
.

Le message suivant apparaît :

› Cliquez sur

.

La feuille de soins est enregistrée dans le dossier du patient, vous pouvez la visualiser en sélectionnant l'onglet Série d'actes à partir du visualisateur :



8.13.b. Enrichir une série d'actes

Les étapes décrites ci-dessous vous permettent d'enrichir une FSE contenant une série d'actes.

Enrichir une FSE avec des actes en séries se compose de :

- la lecture des cartes et sélection du dossier patient,
- compléter la feuille de soins (saisir les actes suivants au fur et à mesure).

Etape 1 : Lecture des cartes et sélection du dossier patient

A partir du Navigateur

› Lisez la carte Vitale du patient ou recherchez le dossier du patient en tapant les premières lettres de son nom et sélectionnez son dossier. L'onglet Séries d'actes apparaît automatiquement dans le Visualisateur.

› Effectuez un clic droit sur la ligne et sélectionnez Compléter la série d'actes.

Si vous cliquez sur le bouton feuille de soins sans sélectionner la série d'actes un message vous prévient qu'une série d'acte est en cours. Si vous répondez non au message de création d'une nouvelle feuille de soins, la série d'actes s'ouvre.

Etape 2 : Compléter la feuille de soins

1er écran de création de la facture

La feuille de soins apparaît avec l'acte déjà saisi la première fois, vous pouvez la compléter, la date de prescription correspond à la date du premier acte saisi.

- Saisissez le deuxième acte de la série et appuyez sur la touche tabulation de votre clavier (à gauche de la lettre A). L'acte apparaît dans la liste des actes prescrits, avec la date du jour, à la suite des actes précédemment saisis.
- Cliquez sur

pour enregistrer la série d'actes et fermer la feuille de soins.

Répéter cette étape autant de fois que nécessaire pour l'ajout des actes de la série.

8.13.c. Terminer une série d'actes

Les étapes décrites ci-dessous vous permettent de terminer une FSE contenant une série d'actes.

Terminer une FSE avec des actes en séries se compose de :

- la lecture des cartes et sélection du dossier patient,
- terminer la feuille de soins (saisir les derniers actes et définir le cadre de remboursement).

Etape 1 : Lecture des cartes et sélection du dossier patient

A partir du Navigateur

- Le dernier jour des soins, effectuez une lecture de la carte Vitale du patient (la carte CPS doit être lue), et sélectionnez son dossier. L'onglet Séries d'actes apparaît automatiquement dans le Visualisateur :

- Effectuez un clic droit sur la ligne de la feuille de soins de l'onglet Série d'actes du Visualisateur et sélectionnez Compléter la série d'actes.

La fenêtre de création d'une feuille de soins apparaît avec les informations déjà mémorisées.

Etape 2 : Terminer la feuille de soins

1er écran de création de la facture

- Définissez la situation du parcours de soins (voir Définir la situation du parcours de soins).
- Saisissez les derniers actes de la série dans le champ Prestations, ils seront
- Cliquez sur le bouton radio pour répondre à la question Soins en rapport avec un accident de droit commun causé par un tiers ? (Ceci ne concerne pas un accident de travail).
- Cliquez sur

pour passer au deuxième écran de création de la facture.

2ème écran de création de la facture

Les différents actes apparaissent dans la zone Liste des actes prescrits les différentes dates d'exécution sont affichées sur la droite, dans la colonne correspondante.

Si vous désirez effectuer un tiers payant, il faut choisir un cadre de remboursement, comme décrit dans la rubrique La zone Remboursement.

- Cliquez sur

pour valider et sécuriser la facture.

Si vous souhaitez facturer une série d'acte, en une seule fois (lors du dernier acte de la série, par exemple), vous devez modifier la date de prescription, au début de la création de la facture. Cette date doit être inférieure ou égale à la date du 1er acte de la série. Ensuite vous pourrez modifier les dates d'exécution des différents actes de la série, directement dans la colonne correspondante (1er écran de la facture).

8.14. Maternité

Les étapes décrites ci-dessous vous permettent de créer une FSE avec la mention **Maternité**.

La création d'une FSE avec le choix maternité sans tiers payant se compose de :

- La lecture des cartes et sélection du dossier patient.
- La réalisation de la feuille de soins (sélection de la nature d'assurance Maternité et saisie de la date Maternité)
- La validation du règlement.

Etape 1 : Lecture des cartes et sélection du dossier patient

A partir du Navigateur

- Effectuez une Lecture des cartes CPS et Vitale.
- Sélectionnez le patient concerné dans la liste des bénéficiaires qui apparaît.
- Cliquez sur Feuille de Soins pour commencer la facture.

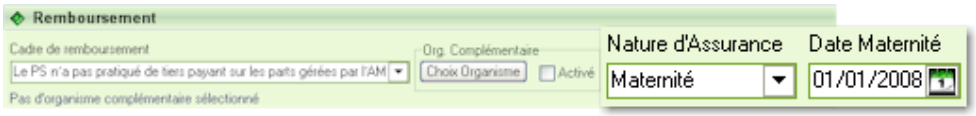
Etape 2 : Réalisation de la feuille de soins

1er écran de création de la facture

- Définissez la situation du parcours de soins (voir Définir la situation du parcours de soins).
- Définissez la prestation :
  - Dans le cas où vous avez défini un favori par défaut, il apparaît automatiquement dans le champ Prestations. S'il correspond aux actes que vous souhaitez facturer, répondez seulement au point suivant. La prestation s'ajoutera automatiquement.
  - Sinon saisissez le code complet de l'acte (NGAP ou CCAM) ou la formule d'actes dans le champ Prestations.
  - Ou sélectionnez un favori en cliquant sur Favoris.
  - Ou recherchez le/les acte(s) CCAM dans la zone Prestations (voir Rechercher un acte CCAM).
- Cliquez sur le bouton radio pour répondre à la question Soins en rapport avec un accident de droit commun causé par un tiers ? (Ceci ne concerne pas un accident de travail).

  L'acte présent dans le champ Prestations est alors intégré dans la zone Liste des actes prescrits.
- Cliquez sur Suite.

2ème écran de création de la facture



- Choisissez la nature d'assurance Maternité.
- Saisissez la Date Maternité.

La Date de Maternité est la date de début de grossesse déclarée à la sécurité sociale. S'il s'agit d'un nourrisson, toujours dans le dispositif maternité, saisissez la date de naissance de l'enfant.

Le taux de remboursement est alors de 100%.

Si vous désirez effectuer un tiers payant, il faut choisir un Cadre de remboursement, comme décrit dans la rubrique La zone Remboursement.

- Cliquez sur Valider pour valider et sécuriser la facture.

Etape 3 : Validation du règlement

Une fenêtre règlement apparaît.

- Saisissez le numéro de chèque ou changez le mode de règlement, en sélectionnant le bouton radio correspondant au bas de la fenêtre.
- Cliquez sur Valider.

La feuille de soins et son règlement sont enregistrés. N'oubliez pas de restituer la carte Vitale à votre patient.

9. Les autres modes de facturation

9.1. Dégradé

Le mode dégradé signifie que seule la carte CPS a été lue.

Il se peut que vous soyez amené à utiliser ce mode lorsque le patient n'a pas sa carte Vitale par exemple.

En utilisant ce mode vous allez pouvoir créer une feuille de soins électronique que vous pourrez télétransmettre ainsi qu'une feuille de soins papier que vous devez envoyer à l'organisme concerné.

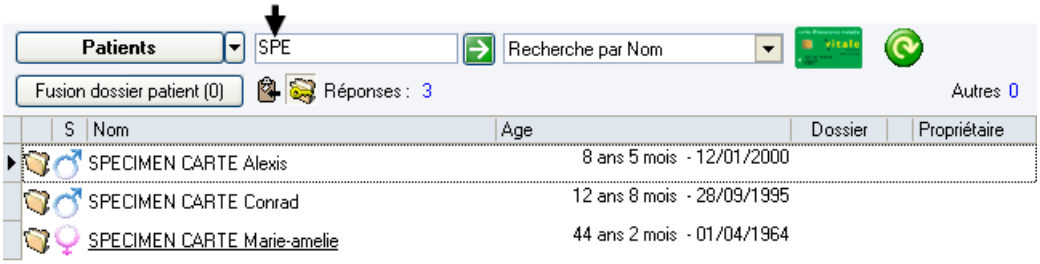
La création d'une FSE simple en mode dégradé se compose :

- Lecture de la carte PS et sélection du dossier patient.
- Création de la feuille de soins en mode dégradé.
- Impression de la feuille de soins.
- Validation du règlement.

Etape 1 : Lecture de la carte PS et sélection du dossier patient

A partir du Navigateur

› Effectuez une Lecture de la CPS.



› Saisissez les premières lettres du nom du patient.

› Sélectionnez le patient concerné dans la liste qui apparaît.

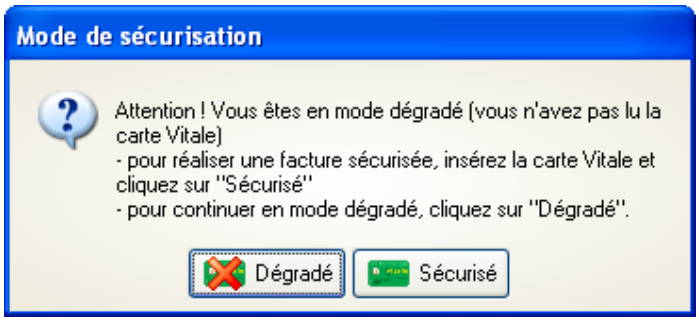
› Cliquez sur

pour commencer la facture.

Etape 2 : Réalisation de la feuille de soins

1er écran de création de la facture

Le message suivant apparaît :

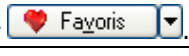

Mode de sécurisation
Attention ! Vous êtes en mode dégradé (vous n'avez pas lu la carte Vitale)
- pour réaliser une facture sécurisée, insérez la carte Vitale et cliquez sur "Sécurisé"
- pour continuer en mode dégradé, cliquez sur "Dégradé".
Dégradé
Sécurisé

› Cliquez sur

pour continuer.

› Définissez la situation du parcours de soins (voir Définir la situation du parcours de soins).

› Définissez la prestation :

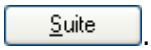
- Dans le cas où vous avez défini un favori par défaut, il apparaît automatiquement dans le champ Prestations. S'il correspond aux actes que vous souhaitez facturer, répondez seulement au point suivant. La prestation s'ajoutera automatiquement.
- Sinon saisissez le code complet de l'acte (NGAP ou CCAM) ou la formule d'actes dans le champ Prestations.
- Ou sélectionnez un favori en cliquant sur 

.

- Ou recherchez le/les acte(s) CCAM dans la zone Prestations (voir Rechercher un acte CCAM).

› Cliquez sur le bouton radio pour répondre à la question Soins en rapport avec un accident de droit commun causé par un tiers ? (Ceci ne concerne pas un accident de travail).

L'acte présent dans le champ Prestations est alors intégré dans la zone Liste des actes prescrits.

› Cliquez sur 

.

2ème écran de création de la facture

Le montant que votre patient doit vous régler est affiché au bas de la fenêtre.

Si vous désirez effectuer un tiers payant, une exonération (…) reportez-vous aux rubriques de la section Présentation du 2ème écran de création de la facture.

L'icône , au bas de l'écran, indique que la feuille de soins est effectuée avec lecture de la carte CPS uniquement.

› Cliquez sur

pour terminer la facture.

Etape 3 : Impression de la feuille de soins

Un message apparaît :

› Cliquez sur

.

› Insérez une feuille de soins papier (CERFA) dans le bac de l'imprimante.

› Cliquez sur puis sur

.

La mention **FSE dégradée** apparaît en haut à droite sur le document imprimé.

Etape 4 : Validation du règlement

› Saisissez le N° de chèque ou changez le mode de règlement en sélectionnant le bouton radio correspondant.

› Cliquez sur

.

La feuille de soins et son règlement sont enregistrés. **N'oubliez d'envoyer la feuille de soins papier à l'organisme.**

9.2. Remplaçant

Pour qu'un praticien remplaçant utilise le logiciel en votre absence, il est nécessaire au préalable :

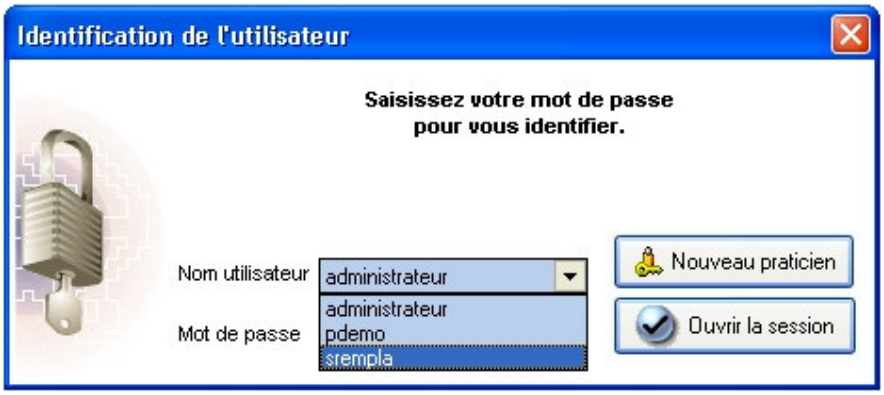
- D'enregistrer le médecin remplaçant dans AxiAM, reportez-vous à la rubrique Enregistrer le médecin remplaçant dans AxiAM,
- D'activer la session de remplacement, reportez-vous à la rubrique Activer la session de remplacement

Le praticien remplaçant doit être présent pour ces deux étapes car vous avez besoin de sa carte de professionnel de santé.

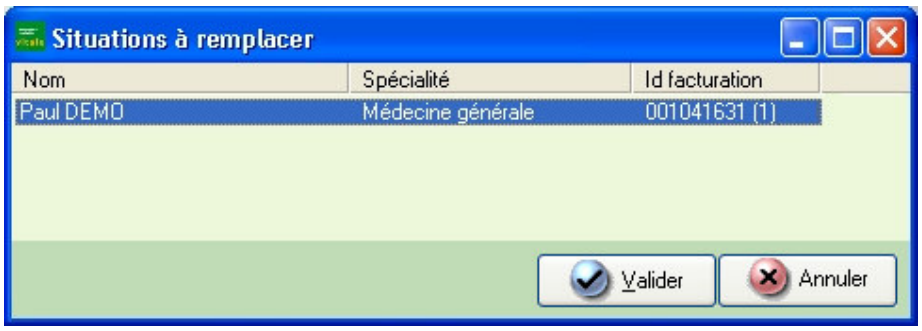
Lorsque les deux étapes citées ci-dessus sont effectuées, le praticien remplaçant peut donc utiliser le logiciel comme suit.

Dans notre exemple, le Dr Rempla Sandrine remplace le Dr Demo Paul.

Le praticien remplaçant, Dr Rempla Sandrine, doit lancer le logiciel et s'identifier en sélectionnant son nom et en saisissant son mot de passe, s'il y a, dans la fenêtre suivante :



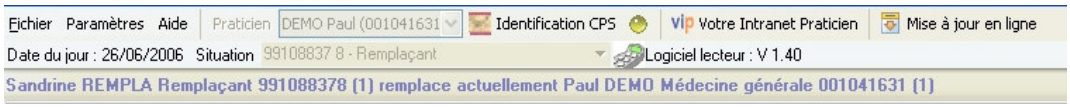
La fenêtre suivante apparaît :



- Sélectionnez la situation du professionnel de santé à remplacer, Dr Demo Paul, dans notre exemple.
- Cliquez sur

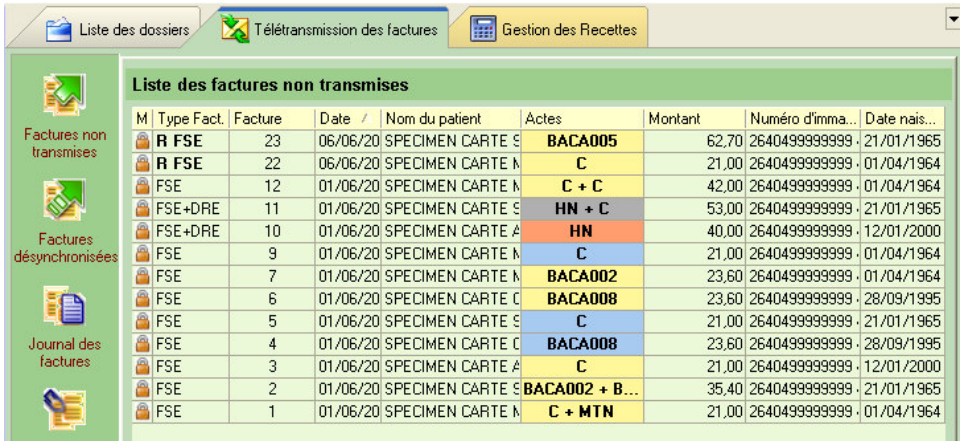
.

Sous la date du jour, le nom du praticien remplaçant apparaît, suivi de la mention "remplace actuellement..." puis le nom du praticien remplacé :


Fichier Paramètres Aide
Praticien DEMO Paul (001041631
Identification CPS
Votre Intranet Praticien
Mise à jour en ligne
Date du jour : 26/06/2006 Situation 99108837 8 - Remplaçant
Logiciel lecteur : V 1.40
Sandrine REMPLA Remplaçant 991088378 (1) remplace actuellement Paul DEMO Médecine générale 001041631 (1)

Le praticien remplaçant peut maintenant utiliser le logiciel AxiAM.

Le médecin remplaçant distingue ses factures électroniques de celles du praticien remplacé depuis l'onglet Télétransmission des factures, car le Type facture est en gras et contient un R devant le type de facture.


Liste des dossiers
Télétransmission des factures
Gestion des Recettes
Factures non transmises
Factures désynchronisées
Journal des factures
Liste des factures non transmises
M Type Fact. Facture Date Nom du patient Actes Montant Numéro d'imma... Date nais...
R FSE 23 06/06/20 SPECIMEN CARTE S BACA005 62,70 2640499999999 21/01/1965
R FSE 22 06/06/20 SPECIMEN CARTE M C 21,00 2640499999999 01/04/1964
FSE 12 01/06/20 SPECIMEN CARTE M C + C 42,00 2640499999999 01/04/1964
FSE+DRE 11 01/06/20 SPECIMEN CARTE S HN + C 53,00 2640499999999 21/01/1965
FSE+DRE 10 01/06/20 SPECIMEN CARTE A HN 40,00 2640499999999 12/01/2000
FSE 9 01/06/20 SPECIMEN CARTE M C 21,00 2640499999999 01/04/1964
FSE 7 01/06/20 SPECIMEN CARTE M BACA002 23,60 2640499999999 01/04/1964
FSE 6 01/06/20 SPECIMEN CARTE C BACA008 23,60 2640499999999 28/09/1995
FSE 5 01/06/20 SPECIMEN CARTE S C 21,00 2640499999999 21/01/1965
FSE 4 01/06/20 SPECIMEN CARTE C BACA008 23,60 2640499999999 28/09/1995
FSE 3 01/06/20 SPECIMEN CARTE A C 21,00 2640499999999 12/01/2000
FSE 2 01/06/20 SPECIMEN CARTE S BACA002 + B... 35,40 2640499999999 21/01/1965
FSE 1 01/06/20 SPECIMEN CARTE M C + MTN 21,00 2640499999999 01/04/1964

Après l'utilisation de la session de remplacement le praticien remplacé doit la clôturer, reportez-vous à la rubrique Clôturer la session de remplacement pour plus de renseignements.

9.3. Exécutant

L'ajout d'un exécutant s'effectue lors de la réalisation de la facture électronique.

- Effectuer une Lecture des cartes CPS et Vitale.
- Sélectionnez le dossier du patient.
- Cliquez sur

.
- Cliquez sur

en haut à droite de l'écran.
- Sélectionnez le nom de l'exécutant dans la liste ou choisissez Création d'un exécutant, s'il n'existe pas. Pour la création de l'exécutant :
    - Insérez dans le lecteur de carte, la carte CPS de l'exécutant, à la place de la votre.
    - Cliquez sur au bas de la fenêtre.
    - Saisissez le code porteur dans la fenêtre qui s'affiche.
    - Cliquez sur Valider.
    - Retirez la CPS de l'exécutant du lecteur et insérez votre CPS.
- Saisissez la prestation.

    Les actes prescrits doivent être compatibles avec la spécialité de l'exécutant.
- Répondez à la question Les soins sont-ils en rapport avec un accident de droit commun causé par un tiers ? (Ceci ne concerne pas un accident de travail).

    L'acte présent dans le champ Prestations est alors intégré dans la zone Feuille de soins.
- Cliquez sur

.
- Renseignez le 2ème écran de création de facture en fonction de la facture à réaliser (voir Créer une Facture sécurisée).
- Cliquez

.

La facture électronique est créée, elle pourra être télétransmise avec toutes les factures.

9.4. Désynchronisé

9.4.a. Réaliser une feuille de soins désynchronisée

Le mode **désynchronisé** peut être utilisé par un praticien ou une secrétaire en utilisant sa CPE.

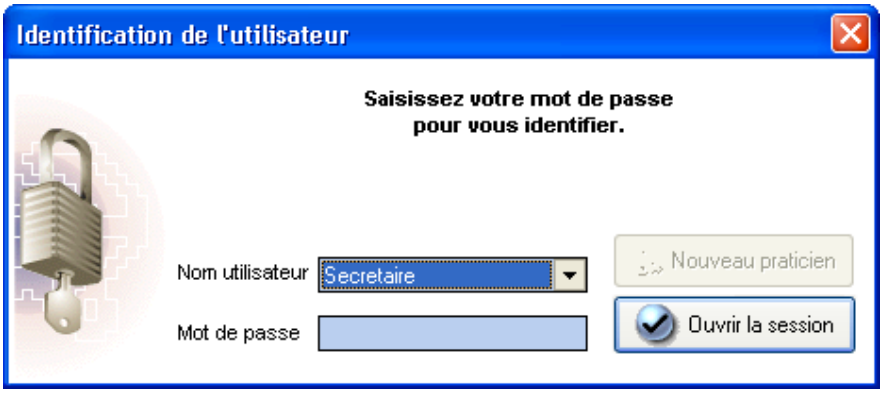
Le mode désynchronisé est le plus souvent utilisé par une secrétaire. Nous vous décrivons ci-dessous les étapes pour ce cas précis.

Il est nécessaire, afin d'utiliser la carte CPE, de paramétrer le profil de l'utilisateur, reportez-vous à la rubrique La secrétaire, pour effectuer ce paramétrage.

Il est nécessaire d'avoir un lecteur de carte en version 1.40 pour effectuer des feuilles de soins désynchronisées.

Une fois le paramétrage terminé, voici la procédure d'utilisation de la carte CPE.

Ouverture du logiciel

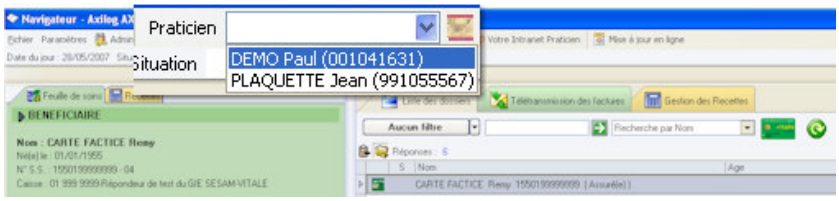


- Cliquez sur la flèche noire pour sélectionner l'utilisateur, dans notre exemple l'utilisateur de la CPE est la Secrétaire.

› Cliquez sur

.

Depuis le Navigateur



› Sélectionnez le nom du praticien pour lequel les feuilles de soins désynchronisées vont être réalisées.

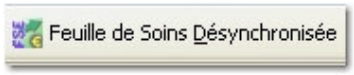
› Vérifiez que la carte CPE est bien introduite dans le lecteur, insérez la carte Vitale du patient et effectuez une lecture de la carte Vitale en appuyant sur

.

› Le lecteur de carte émet un bip en demandant le code porteur de la carte CPE, saisissez le code au clavier du lecteur, puis Validez.

Le code porteur vous est demandé uniquement à la première lecture de carte Vitale.

› Sélectionnez le nom du patient par un simple clic.

› Cliquez sur 

pour commencer la facture.

Réalisez ensuite la feuille de soins, tel que décrit dans les différents cas à la section Créer une Facture sécurisée.

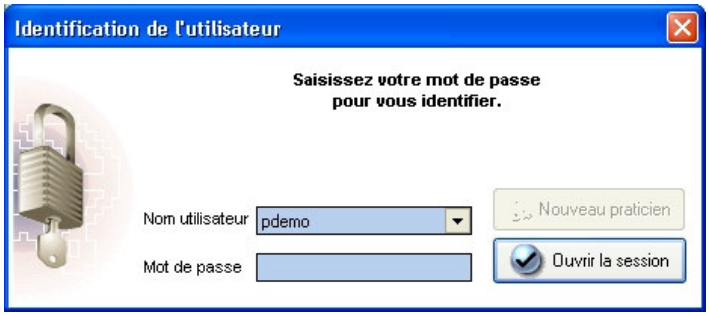
A noter que vous trouverez au bas du premier et du second écran de réalisation de la FSE désynchronisée, l'icône suivante qui indique une facture désynchronisée.

En fin de journée le praticien doit sécuriser ses feuilles de soins (voir Sécuriser les FS désynchronisées).

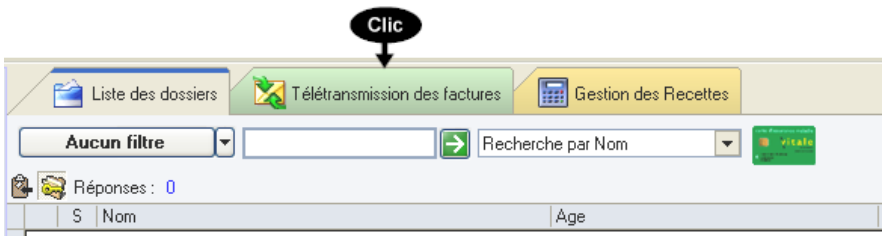
9.4.b. Sécuriser les FS désynchronisées

Pour sécuriser les feuilles de soins désynchronisées le praticien doit s'identifier à l'ouverture du logiciel.

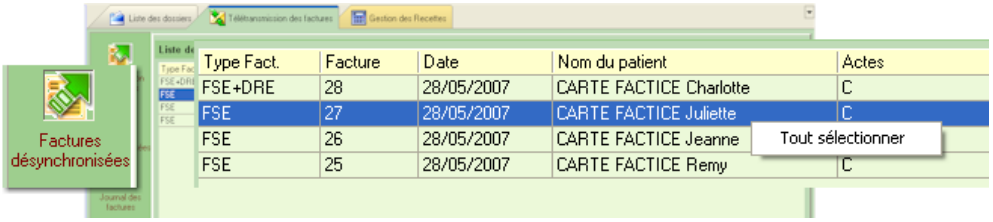
› Sélectionnez votre nom dans la fenêtre Identification de l'utilisateur, puis votre mot de passe si présent, et cliquez sur Ouvrir la session :



Cliquez sur l'onglet **Télétransmission des factures :**



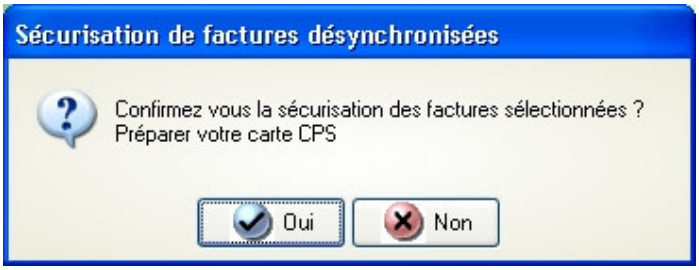
La fenêtre suivante s'affiche :



- Cliquez sur Factures désynchronisées.
- Sélectionnez les lignes que vous souhaitez sécuriser, pour toutes les sélectionner en même temps effectuez un clic droit dans la liste et cliquez sur Tout sélectionner.
- Cliquez sur

.

Un message vous demande confirmation :



- Cliquez sur

et insérez votre CPS dans le lecteur.
- Saisissez votre code porteur dans la fenêtre qui s'affiche et cliquez sur
.

La sécurisation des factures s'effectue, vous retrouverez vos feuilles de soins sécurisées en cliquant sur Factures non transmises. Elles peuvent maintenant être télétransmises.

9.5. Papier

Vous pouvez réaliser une feuille de soins papier à partir du logiciel. Pour réaliser uniquement une feuille de soins papier (et non pas dégradé, voir Dégradé) la carte PS ne doit pas être lue. La diode de Identification CPS doit être jaune :

.

La création d'une FSE simple en mode papier se compose de :

- La sélection du dossier patient.
- La création de la feuille de soins en mode papier.
- L'impression de la feuille de soins.
- La validation du règlement.

Etape 1 : La sélection du dossier patient

A partir du Navigateur

- Recherchez le dossier du patient, vous avez deux possibilités :
  - Saisie des premiers caractères du nom du patient.
  - Lecture de la carte Vitale.
- Sélectionnez le dossier du patient qui apparaît dans la liste.
- Cliquez sur

pour commencer la facture.

Etape 2 : Création de la feuille de soins en mode papier

1er écran de création de la facture

- Définissez la situation du parcours de soins (voir Définir la situation du parcours de soins).
- Définissez la prestation :

- Dans le cas où vous avez défini un favori par défaut, il apparaît automatiquement dans le champ Prestations. S'il correspond aux actes que vous souhaitez facturer, répondez seulement au point suivant. La prestation s'ajoutera automatiquement.
- Sinon saisissez le code complet de l'acte (NGAP ou CCAM) ou la formule d'actes dans le champ Prestations.
- Ou sélectionnez un favori en cliquant sur Favoris.
- Ou recherchez le/les acte(s) CCAM dans la zone Prestations (voir Rechercher un acte CCAM).

› Cliquez sur le bouton radio pour répondre à la question Les soins sont-ils en rapport avec un accident de droit commun causé par un tiers ? (Ceci ne concerne pas un accident de travail).

L'acte présent dans le champ Prestations est alors intégré dans la zone Feuille de soins.

› Cliquez sur Suite.

Etape 3 : Impression de la feuille de soins

2ème écran de création de la facture

A l'ouverture du 2ème écran de création de la facture, une fenêtre affiche les situations disponibles suivant le régime du patient. Vous devez sélectionner la situation d'exonération du patient. Ensuite, vous devez préciser la nature de la pièce justificative (zone Exonération).

Le montant que votre patient doit vous régler est affiché au bas de la fenêtre.

Si vous désirez effectuer un tiers payant, une exonération (…) reportez-vous aux rubriques de la section Présentation du 2ème écran de création de la facture.

L'icône apparaît au bas de l'écran indiquant que la feuille de soins est une feuille de soins papier.

› Cliquez sur le bouton Imprimer.

La fenêtre "aperçu avant impression" apparaît.

› Cliquez sur pour effectuer l'impression.

› Cliquez sur Fermer pour quitter la fenêtre.

En fonction de votre paramétrage, l'impression s'effectue avec une entête ou sans (voir Impression avec ou sans entête).

Etape 4 : Validation du règlement

La fenêtre règlement apparaît.

› Saisissez le numéro de chèque ou changez le mode de règlement, en sélectionnant le bouton radio correspondant au bas de la fenêtre.

› Cliquez sur Valider.

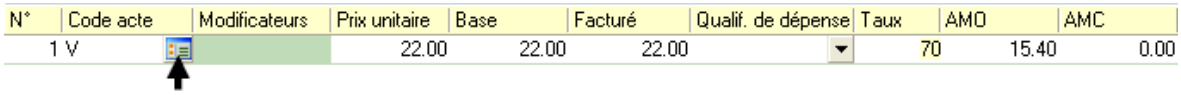
La feuille de soins et son règlement sont enregistrés. N'oubliez pas de restituer la carte Vitale à votre patient.

10. Les compléments de facturation

10.1. Sur les actes NGAP

10.1.a. Actes NGAP : facturer nuit, Dimanche et férié, Urgence...

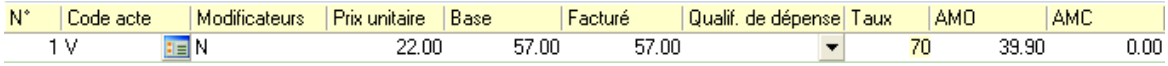
L'indication de la majoration de nuit, Dimanche et Férié se fait dans le deuxième écran de création de la facture :



- Cliquez sur de l'acte concerné pour afficher la fenêtre Détail de l'acte NGAP.
- Cliquez sur le champ Majoration et sélectionnez la majoration qui convient dans le menu qui s'affiche.

La majoration Dimanche/férié est proposée uniquement lorsque la date de prescription correspond à un dimanche ou un jour férié.

- Cliquez sur Valider pour revenir au deuxième écran de facturation.

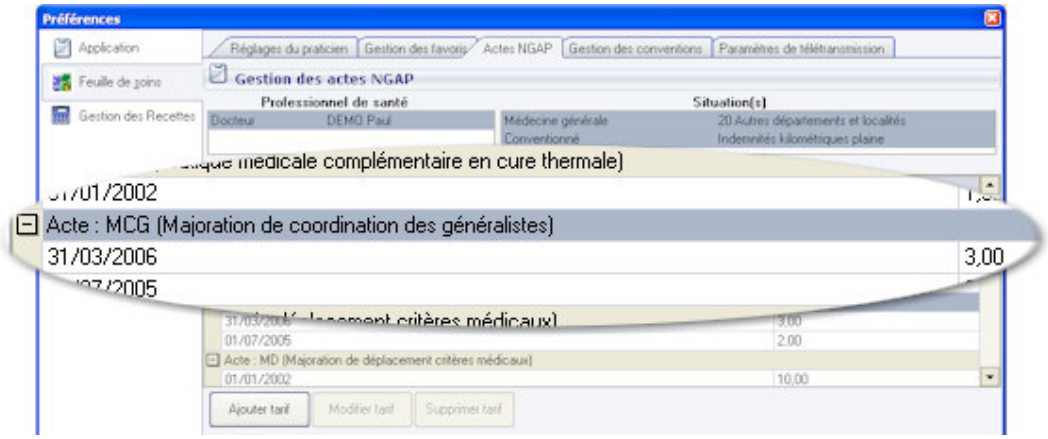


Le code de la majoration sélectionnée est affiché dans la colonne Modificateurs (N pour Majoration Nuit, dans notre exemple). Divers éléments du deuxième écran de facturation sont automatiquement modifiés en fonction de la majoration sélectionnée (la base, le montant facturé et la part AMO, dans notre exemple).

10.1.b. Changer le tarif d'un acte

A partir du Navigateur

- Effectuez une lecture de la carte CPS.
- Sélectionnez le menu Paramètres > Préférences > Feuille de soins > Actes NGAP.



- Utilisez la barre de défilement à droite pour atteindre l'acte à modifier (ici MCG) si besoin.
- Sélectionnez la ligne indiquant le libellé de l'acte (et non pas la ligne indiquant la date et le tarif).
- Cliquez sur

.

Dans la fenêtre Edition d'un tarif qui s'affiche :

- Saisissez le nouveau tarif, le sigle € se rajoute automatiquement.
- Saisissez la date de début de validité du tarif (voir Saisir une date).

› Cliquez sur Valider.

Une nouvelle ligne est créée pour l'acte modifié.

10.1.c. Créer un nouvel acte

Nous allons prendre pour exemple la création de l'acte MGE.

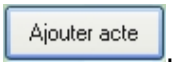
L'acte MGE est autorisé en facturation uniquement pour les praticiens ayant comme spécialité 01 : Médecin générale. Cette majoration s'applique aux consultations pour les patients ayant entre 26 mois et 6 ans. Elle ne peut pas être facturée seule et doit être obligatoirement associée à une consultation. De plus, elle ne peut pas être cumulée avec la majoration MNO et le forfait FPE.

Pour plus d'information consulter le site de l'assurance maladie, à l'adresse http://www.ameli.fr/.

A partir du Navigateur

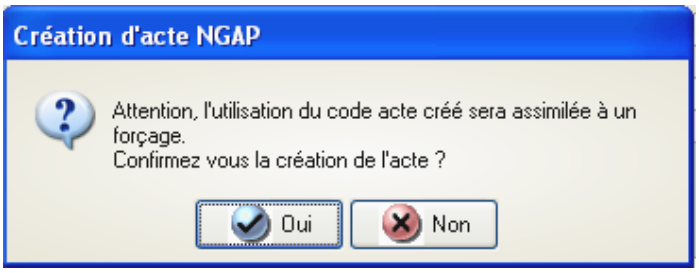
› Effectuer une lecture de la carte CPS.

› Sélectionnez le menu Paramètres > Préférences > Feuille de soins > Actes NGAP.

› Cliquez sur 

.

La fenêtre Création d'acte NGAP s'affiche :


Création d'acte NGAP
Attention, l'utilisation du code acte créé sera assimilée à un forçage.
Confirmez vous la création de l'acte ?
Oui
Non

› Cliquez sur

pour valider l'ajout de l'acte.

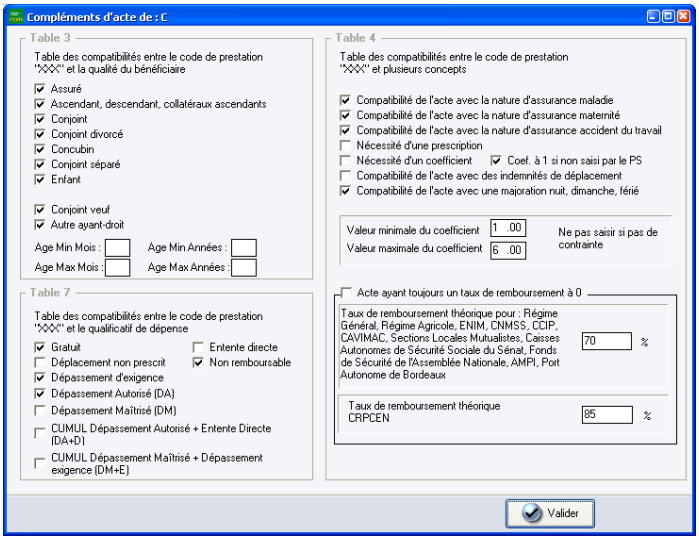
La fenêtre Edition d'un acte s'affiche :

› Saisissez le code acte.

› Saisissez le libellé correspondant.

› Cliquez sur le bouton Valider.

La fenêtre Compléments d'acte s'affiche :


Compléments d'acte de : C
Table 3
Table des compatibilités entre le code de prestation "XXX" et la qualité du bénéficiaire
Assuré
Ascendant, descendant, collatéraux ascendants
Conjoint
Conjoint divorcé
Concubin
Conjoint séparé
Enfant
Conjoint veuf
Autre ayant-droit
Age Min Mois :
Age Min Années :
Age Max Mois :
Age Max Années :
Table 7
Table des compatibilités entre le code de prestation "XXX" et le qualificatif de dépense
Gratuit
Entente directe
Déplacement non prescrit
Non remboursable
Dépassement d'exigence
Dépassement Autorisé (DA)
Dépassement Maîtrisé (DM)
CUMUL Dépassement Autorisé + Entente Directe (DA+D)
CUMUL Dépassement Maîtrisé + Dépassement exigence (DM+E)
Table 4
Table des compatibilités entre le code de prestation "XXX" et plusieurs concepts
Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance maladie
Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance maternité
Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance accident du travail
Nécessité d'une prescription
Nécessité d'un coefficient
Coef. à 1 si non saisi par le PS
Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement
Compatibilité de l'acte avec une majoration nuit, dimanche, férié
Valeur minimale du coefficient 1 ,00
Valeur maximale du coefficient 6 ,00
Ne pas saisir si pas de contrainte
Acte ayant toujours un taux de remboursement à 0
Taux de remboursement théorique pour : Régime Général, Régime Agricole, ENIM, CNMSS, CDIP, CAVIMAC, Sections Locales Mutualistes, Caisses Autonomes de Sécurité Sociale du Sénat, Fonds de Sécurité de l'Assemblée Nationale, AMPI, Port Autonome de Bordeaux
70
%
Taux de remboursement théorique CRPCEN
85
%
Valider

› Cochez les éléments des différentes tables selon les caractéristiques de l'acte créé.

Vous trouverez ces informations actualisées sous forme de note technique sur notre site www.axilog.fr.

› Cliquez sur

.

- Validez la demande de confirmation en cliquant sur Oui :
- Cliquez sur OK, au message d'avertissement qui indique de saisir le tarif de l'acte créé.
- Utilisez la barre de défilement de la zone Tarif pour afficher l'acte à modifier.
- Sélectionnez la ligne indiquant la date et le montant de l'acte (et non pas la ligne indiquant le libellé).
- Cliquez sur Modifier tarif.

Dans la fenêtre Edition d'un tarif qui s'affiche :

- Saisissez le tarif de l'acte créé.
- Saisissez la date de début de validité du tarif (voir Saisir une date).
- Cliquez sur Valider.

Une nouvelle ligne de tarif est créée pour l'acte.

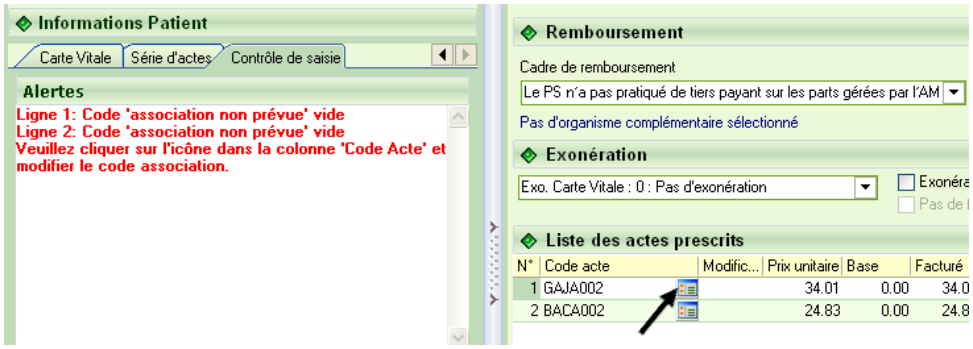
10.2. Sur les actes CCAM

10.2.a. Ajouter des codes associations

Lorsque vous réalisez deux actes CCAM, dans la plupart des cas il est nécessaire de leur affecter un code association.

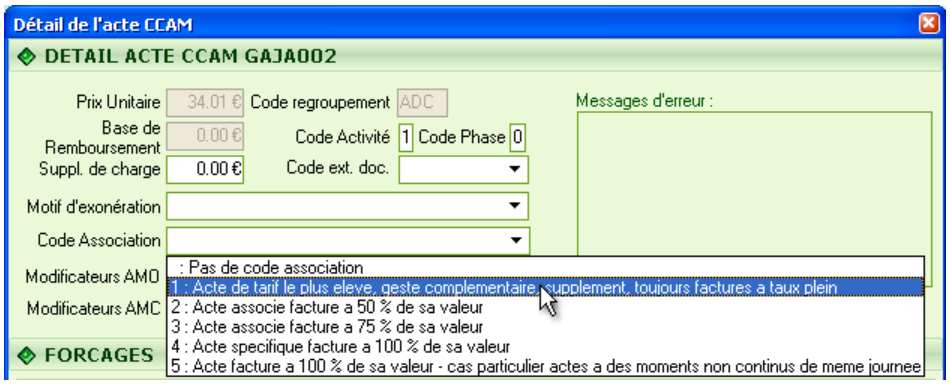
Nous vous montrons dans l'exemple ci-dessous comment associer l'acte **GAJA002 : Parage et/ou suture de plaie du nez** à l'acte **BACA002 : Suture d'une plaie cutanée d'une paupière, sans atteinte du bord libre**.

Après avoir saisi les deux actes CCAM dans le premier écran de facturation, un message en rouge s'affiche dans l'onglet Contrôle de saisie du visualisateur du deuxième écran :


Informations Patient
Carte Vitale
Série d'actes
Contrôle de saisie
Alertes
Ligne 1: Code 'association non prévue' vide
Ligne 2: Code 'association non prévue' vide
Veuillez cliquer sur l'icône dans la colonne 'Code Acte' et modifier le code association.
Remboursement
Cadre de remboursement
Le PS n'a pas pratiqué de tiers payant sur les parts gérées par l'AM
Pas d'organisme complémentaire sélectionné
Exonération
Exo. Carte Vitale : 0 : Pas d'exonération
Liste des actes prescrits
N° Code acte Modific... Prix unitaire Base Facturé
1 GAJA002 34.01 0.00 34.0
2 BACA002 24.83 0.00 24.8

- Cliquez sur de la ligne 1, afin d'affecter le code association à l'acte GAJA002.

Dans la fenêtre Détail de l'acte CCAM qui s'affiche :


Détail de l'acte CCAM
DETAIL ACTE CCAM GAJA002
Prix Unitaire 34.01 €
Code regroupement ADC
Base de Remboursement 0.00 €
Code Activité 1
Code Phase 0
Suppl. de charge 0.00 €
Code ext. doc.
Messages d'erreur :
Motif d'exonération
Code Association
Modificateurs AMO
Modificateurs AMC
FORCAGES
: Pas de code association
1 : Acte de tarif le plus eleve, geste complementaire, supplement, toujours factures a taux plein
2 : Acte associe facture a 50 % de sa valeur
3 : Acte associe facture a 75 % de sa valeur
4 : Acte specifique facture a 100 % de sa valeur
5 : Acte facture a 100 % de sa valeur - cas particulier actes a des moments non continus de meme journee

- Cliquez sur le champ Code Association et choisissez le code qui correspond.

Dans notre exemple, indiquez le code association 1 pour l'acte GAJA002 car c'est l'acte ayant le tarif le plus élevé :

Libellés entiers des codes associations :

- 1 : Acte de tarif le plus élevé, geste complémentaire, supplément, toujours facturé à taux plein.
- 2 : Acte associé facturé à 50% de sa valeur.
- 3 : Acte associé facturé à 75% de sa valeur.
- 4 : Acte spécifique facturé à 100% de sa valeur.
- 5 : Acte facturé à 100% de sa valeur – cas particulier actes à des moments non continus de même journée.

› Cliquez sur Valider pour revenir au deuxième écran de facturation.

Le message d'alerte ne concerne plus que la ligne 2.

› Cliquez sur de la ligne 2, afin d'affecter le code association à l'acte BACA002.

Dans la fenêtre Détail de l'acte CCAM qui s'affiche, c'est le code association 2 : Acte associé facturé à 50% de sa valeur qui doit être choisi.

En revenant sur le deuxième écran de facturation, le message a disparu, les codes acte sont maintenant suivis de la mention asso. :1 et asso. :2 et la facture peut être validée.

Vous pouvez enregistrer la formule d'actes et les codes associations définis en cliquant sur le bouton du bas Ajouter ces actes en favoris (voir Gérer les favoris d'actes).

Pour connaître le code association à indiquer en fonction des actes prescrits, reportez-vous aux dispositions générales et dispositions diverses du site de l'Assurance Maladie à l'adresse suivante :

http://www.ameli.fr/77/DOC/2306/article.html

10.2.b. Indiquer un remboursement exceptionnel

Lorsque vous effectuez une facture contenant un acte non remboursable, vous avez la possibilité de lui affecter la mention **Remboursement exceptionnel**, si vous jugez que le remboursement de cet acte est justifié.

L'ajout de la mention remboursement exceptionnel s'effectue depuis le deuxième écran de la réalisation de la facture.

Dans notre exemple, nous utilisons l'acte **BANP003 : Destruction d'une lésion d'une paupière avec laser**.

Depuis le deuxième écran de facturation

N°	Code acte	Modificateurs	Prix unitaire	Base	Facturé	Qualif. de dépense	Taux	AMO	AMC
1	BANP003		41.80	0.00	0.00	N Acte non remb...	0	0.00	0.00

Dans le champ Qualif. de dépense la mention N apparaît, signifiant Acte non remboursable.

› Cliquez sur de l'acte concerné pour afficher la fenêtre Détail de l'acte CCAM.

› Cochez la case de Rembt exceptionnel.

› Cliquez sur Valider pour revenir au deuxième écran de facturation.

N°	Code acte	Modificateurs	Prix unitaire	Base	Facturé	Qualif. de dépense	Taux	AMO	AMC
1	BANP003		41.80	41.80	41.80		70	29.26	0.00

Le champ Base de l'acte contient maintenant le montant de l'acte et le champ Qualif. de dépense ne contient plus l'information **Acte non remboursable**. Le taux de prise en charge de la part AMO est calculé en conséquence.

10.2.c. Actes CCAM : indiquer nuit, urgence...

Lorsque vous pratiquez un acte technique (CCAM) en urgence ou de nuit, vous devez indiquer un modificateur.

Cette action s'effectue depuis le deuxième écran de la réalisation de la facture.

Dans notre exemple, nous utilisons l'acte **BACA002 : Suture d'une plaie cutanée d'une paupière, sans atteinte du bord libre.**

Depuis le deuxième écran de facturation

N°	Code acte	Modificateurs	Prix unitaire	Base	Facturé
1	BACA002		24.83	24.83	24.83

› Cliquez sur de l'acte concerné pour afficher la fenêtre Détail de l'acte CCAM.

› Cliquez sur la flèche à droite du champ Modificateurs AMO afin d'afficher la liste des modificateurs. Cochez la case correspondante à votre spécialité et à la situation.

- F urgence jour, dimanche ou jour férié : ce modificateur peut être utilisé par tous les praticiens, si l'acte est pratiqué en urgence un dimanche ou un jour férié.
- M urgence cabinet médecin généraliste ou du pédiatre, après examen en urgence d'un patient : s'applique uniquement pour une urgence effectuée au cabinet médical et uniquement pour les médecins généralistes et pédiatres.
- P Urgence pédiatres et omnipraticiens 20h- 00h et 6h – 8h : ce modificateur peut être utilisé que pour les praticiens pédiatres et omnipraticiens. Il peut être utilisé pour une urgence de nuit entre 20h et 00h et de 6h à 8h uniquement.
- S urgence pédiatres et omnipraticiens 00h - 6h : ce modificateur peut être utilisé que pour les praticiens pédiatres et omnipraticiens. Il peut être utilisé pour une urgence de nuit milieu de nuit entre 00h - 6h uniquement.
- U urgence hors pédiatres et omnipraticiens nuit 20h – 8h : ce modificateur est utilisé par toutes les spécialités sauf les pédiatres et les omnipraticiens qui utilisent en fonction le modificateur P ou S. Le modificateur U est utilisable pour une urgence entre 20h et 8h.

› Cliquez sur Valider pour revenir au deuxième écran de facturation.

N°	Code acte	Modificateurs	Prix unitaire	Base	Facturé
1	BACA002	U	24.83	49.98	49.98

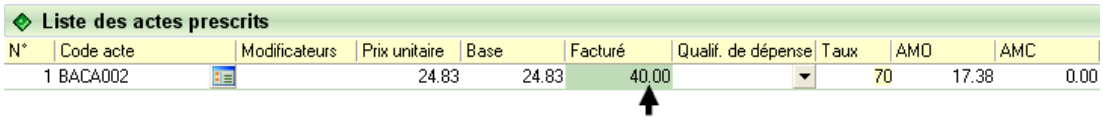
Au retour dans le deuxième écran, le modificateur apparaît dans la colonne Modificateur et les montants Base et Facturé ont changés, ces montants inclus le montant de l'acte + le montant du modificateur choisi.

10.3. Facturer un DA, un DM ou un DE

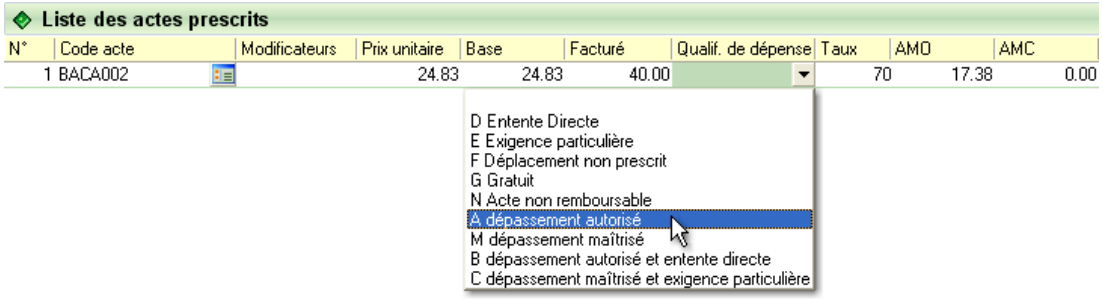
Deuxième écran de création d'une facture électronique

Pour facturer un DA (Dépassement Autorisé), un DM (Dépassement Maîtrisé), ou un DE (dépassement d'exigence, exigence particulière), vous devez modifier le montant de l'acte dans le deuxième écran de facturation :

› Remplacez le montant de l'acte par celui désiré dans le champ Facturé pour indiquer le dépassement :


Liste des actes prescrits
N° Code acte Modificateurs Prix unitaire Base Facturé Qualif. de dépense Taux AMO AMC
1 BACA002 24.83 24.83 40.00 70 17.38 0.00

› Indiquez ensuite la notion de dépassement autorisé, de dépassement maîtrisé ou d'exigence particulière, en cliquant dans la zone Qualif. de dépense.


Liste des actes prescrits
N° Code acte Modificateurs Prix unitaire Base Facturé Qualif. de dépense Taux AMO AMC
1 BACA002 24.83 24.83 40.00 70 17.38 0.00
D Entente Directe
E Exigence particulière
F Déplacement non prescrit
G Gratuit
N Acte non remboursable
A dépassement autorisé
M dépassement maîtrisé
B dépassement autorisé et entente directe
C dépassement maîtrisé et exigence particulière

La facturation des DA + ED (dépassement autorisé et entente directe, noté B) et DM + EP (dépassement maitrisé et exigence particulière, noté C), pour les spécialités concernées, se réalise de la même manière.

Il ne faut surtout pas modifier le tarif d'un acte CCAM dans le référentiel CCAM (du menu Paramètres, puis Poste de travail), car ceci implique la modification des paramètres de remboursement de la sécurité sociale de l'acte.

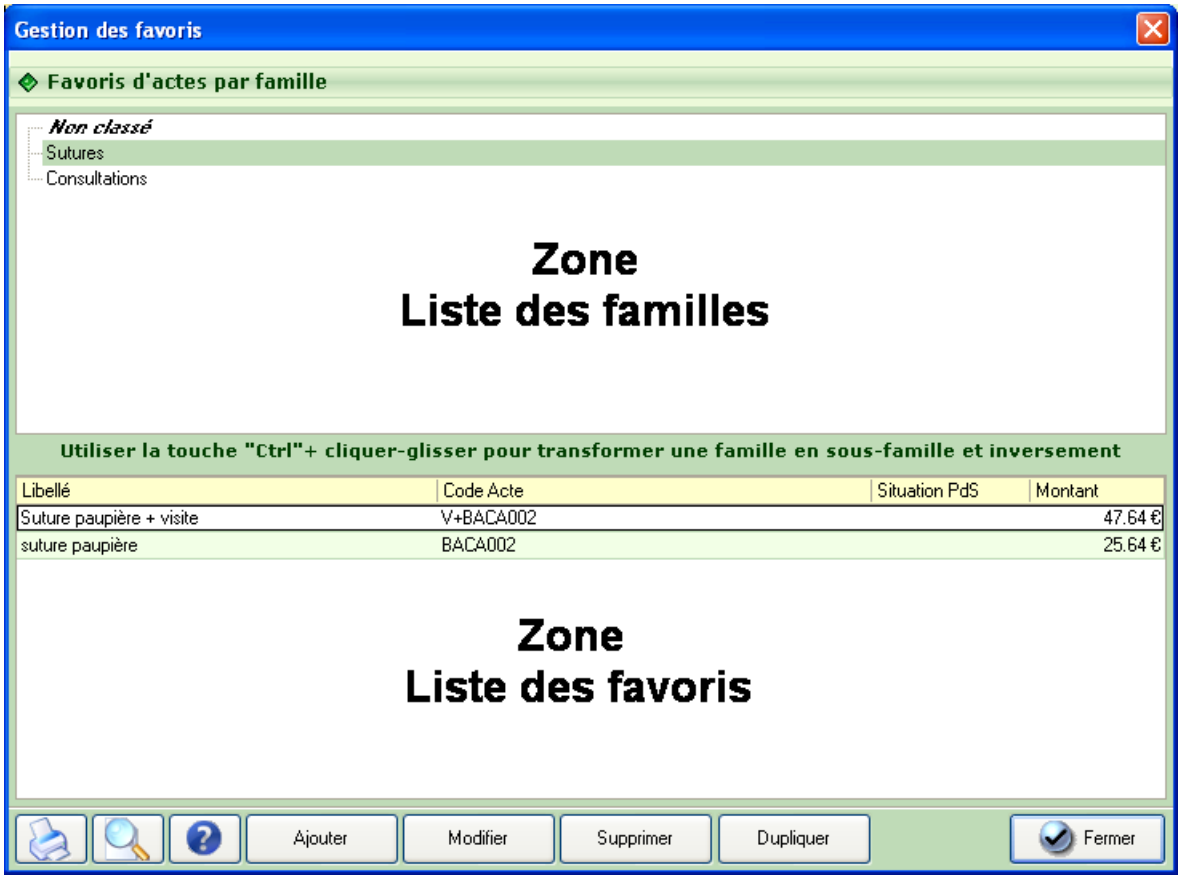
11. Gérer les favoris d'actes

11.1. Description des écrans

11.1.a. La gestion des favoris

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

ou Ctrl+ P > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris



Zone Liste des Familles

Cette zone liste toutes les familles créées.
Par défaut il y a une seule famille, elle se nomme Non classé et contient tous les favoris qui appartiennent à aucune famille.
Au clic droit un menu contextuel permet d'ajouter, de renommer, de supprimer ou de rendre publique une famille.
Un glissé-déplacé d'une famille permet de changer l'ordre des familles. La famille Non classé ne peut être déplacée.

Zone Liste des favoris

Recense tous les favoris contenus dans la famille sélectionnée dans la partie du haut.
Permet d'enregistrer les actes NGAP, CCAM, ainsi que des formules d'actes combinant les deux nomenclatures. Chaque acte peut être mémorisé avec modificateurs, dépassements et codes associations le concernant.
Permet d'ajouter, modifier, supprimer un favori et de visualiser et imprimer la liste des familles avec leurs favoris.
La mémorisation des favoris peut s'effectuer à partir de trois endroits dans votre logiciel :

- En sélectionnant le menu Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris > Ajouter.
- Depuis le premier écran de création d'une facture électronique, en sélectionnant Favori > Gestion favori > Ajouter.
- Depuis le deuxième écran de création d'une facture électronique, en cliquant sur le bouton Ajouter ces actes en favoris.

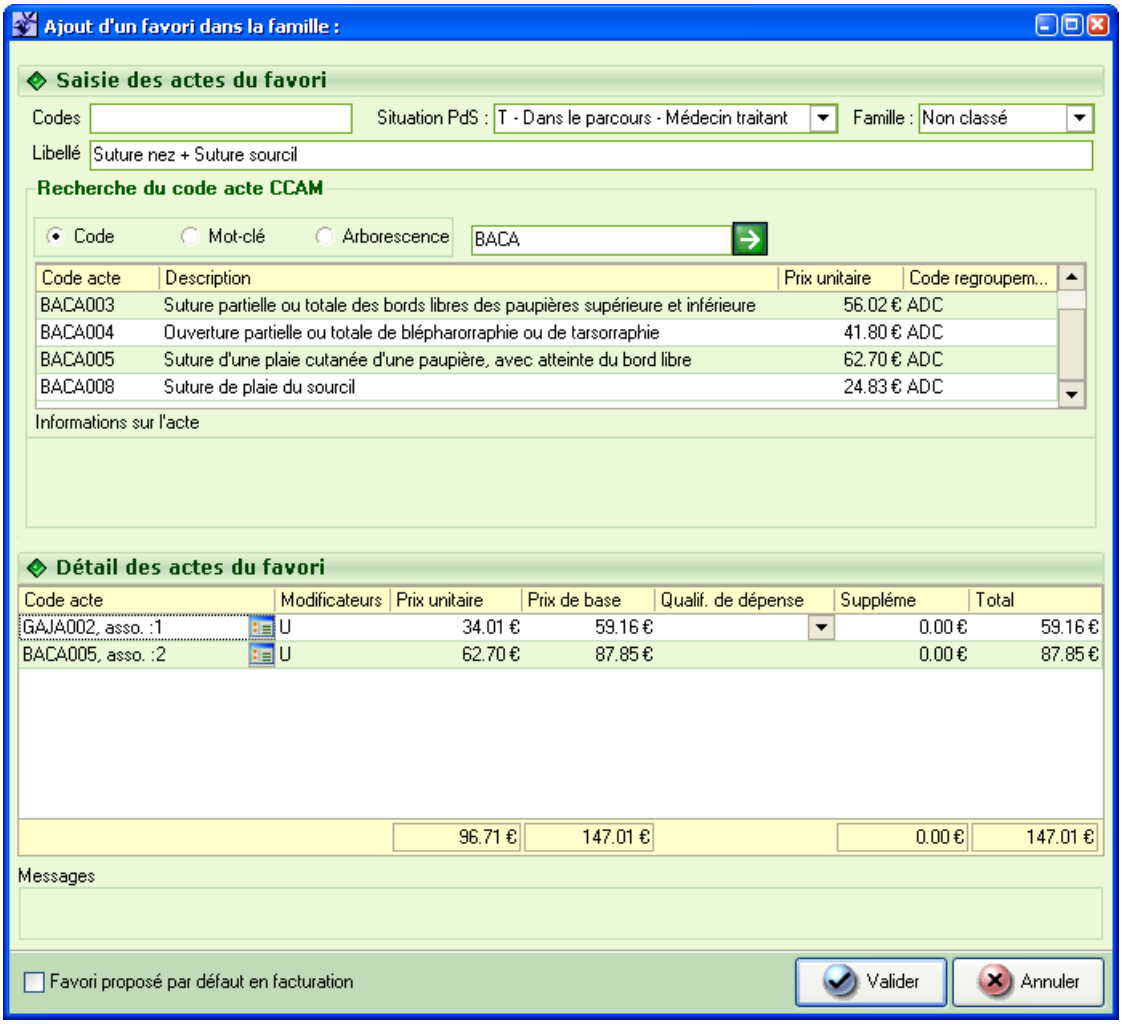
11.1.b. Ajout d'un favori dans une famille

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris > Ajouter

ou Ctrl+ P > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris > Ajouter

Premier écran de création d'une facture électronique > Favoris > Gestion Favoris > Ajouter

Deuxième écran de création d'une facture électronique > bouton Ajouter en favori


Ajout d'un favori dans la famille :
Saisie des actes du favori
Codes
Situation PdS : T - Dans le parcours - Médecin traitant
Famille : Non classé
Libellé Suture nez + Suture sourcil
Recherche du code acte CCAM
Code
Mot-clé
Arborescence
BACA
Code acte | Description | Prix unitaire | Code regroupem...
BACA003 | Suture partielle ou totale des bords libres des paupières supérieure et inférieure | 56.02 € | ADC
BACA004 | Ouverture partielle ou totale de blépharorraphie ou de tarsorraphie | 41.80 € | ADC
BACA005 | Suture d'une plaie cutanée d'une paupière, avec atteinte du bord libre | 62.70 € | ADC
BACA008 | Suture de plaie du sourcil | 24.83 € | ADC
Informations sur l'acte
Détail des actes du favori
Code acte | Modificateurs | Prix unitaire | Prix de base | Qualif. de dépense | Suppléme | Total
GAJA002, asso. :1 | U | 34.01 € | 59.16 € | 0.00 € | 59.16 €
BACA005, asso. :2 | U | 62.70 € | 87.85 € | 0.00 € | 87.85 €
96.71 € | 147.01 € | 0.00 € | 147.01 €
Messages
Favori proposé par défaut en facturation
Valider
Annuler

La zone Saisie des actes du favori

Codes

Permet de saisir les codes actes à mémoriser dans le favori.
Utilisez le signe + pour les formules d'actes, par ex. V+MD.

Libellé Suture nez

Permet de récupérer automatiquement et/ou de saisir le libellé du favori.
Par défaut, vous pouvez choisir de récupérer le libellé réduit, les codes ou de laisser la zone libre pour la remplir vous-même (voir Saisir les réglages praticien).

Situation PdS : T - Dans le parcours - Médecin traitant

Liste les différentes situations du Parcours de Soins pouvant être sélectionnées par défaut lors de l'utilisation du favori.
Par défaut, aucune situation n'est sélectionnée.

Famille : Non classé

Liste toutes les familles de favoris créées.

Si aucune famille n'a été sélectionnée dans l'écran Gestion des favoris, ou si le favori est créé depuis le deuxième écran de saisie d'une facture électronique, par défaut la famille proposée est Non classé,
Un clic sur la flèche permet d'afficher la liste complète des familles et de sélectionner la famille à laquelle appartiendra le favori.

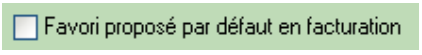
Recherche du code acte CCAM
Cette zone permet de rechercher les codes actes CCAM.
La recherche s'effectue comme dans le 1er écran de facturation (voir Rechercher un acte CCAM).
Un double clic dans la liste de résultats sur le code choisi permet de l'ajouter au favori en cours de création.

La zone Détail des actes du favori

Cette zone affiche le ou les actes contenus dans le favori en cours de création.
Permet de saisir un supplément si nécessaire.

Permet d'ouvrir la fenêtre Détail d'un acte, afin de paramétrer les majorations, modificateurs, codes associations de l'acte (voir Le détail d'un acte NGAP et Le détail d'un acte CCAM).

Contient un message d'information dans le cas d'une incohérence dans la saisie des actes CCAM choisis. Le message n'est pas bloquant.
Lors de l'utilisation du favori dans la facture électronique, si celui-ci n'est pas valide, un message d'erreur bloquant apparaitra.



Permet d'ajouter automatiquement le favori dans le champ Prestations à l'ouverture d'une facture électronique.
Un seul favori peut être assigné comme favori par défaut.

11.2. Ajouter une famille de favori

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

ou Ctrl+ P > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

- Effectuez un clic droit dans la zone Liste des familles.
- Sélectionnez Ajouter une famille.
- Saisissez le nom de la famille.
- Cliquez sur Valider.

11.3. Ajouter une sous-famille de favoris

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

ou Ctrl+ P > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

- Effectuez un clic droit sur une famille dans la zone Liste des familles.
- Sélectionnez Ajouter une sous-famille.
- Saisissez le nom de la sous-famille.
- Cliquez sur Valider.

11.4. Ajouter un favori d'acte

L'ajout d'un favori peut s'effectuer depuis 3 écrans différents.

Depuis l'écran des Préférences

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

ou Ctrl+ P > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

Depuis le premier écran de création d'une facture électronique

Premier écran de création d'une facture électronique > Favoris > Gestion Favoris

- Sélectionnez la famille à laquelle appartient le favori.
- Cliquez sur Ajouter.
- Saisissez dans la fenêtre les éléments nécessaires.
- Cliquez sur Valider.

Depuis le deuxième écran de création d'une facture électronique
Deuxième écran de création d'une facture électronique > bouton Ajouter en favori (voir Ajouter les actes de la facture en favori)

11.5. Ajouter les actes de la facture en favori

Depuis le deuxième écran de création d'une facture électronique
Deuxième écran de création d'une facture électronique > bouton Ajouter en favori

Dans ce cas les éléments de la facture sont automatiquement proposés (les actes avec leurs modificateurs, les codes associations, les dépassements…).

- Saisissez un libellé si différent de celui proposé.
- Sélectionnez la famille à laquelle appartient le favori (en haut à droite).
- Saisissez si nécessaire des modifications
- Cliquez sur Valider.

11.6. Modifier un favori

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

ou Ctrl+ P > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

- Sélectionnez la famille à laquelle appartient le favori.
- Sélectionnez le favori.
- Cliquez sur Modifier favori.
- Saisissez dans la fenêtre les éléments nécessaires.
- Cliquez sur Valider.

11.7. Supprimer un favori

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

ou Ctrl+ P > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

- Sélectionnez la famille à laquelle appartient le favori.
- Sélectionnez le favori.
- Cliquez sur Supprimer favori.
- Cliquez sur OUI au message de confirmation.

11.8. Dupliquer un favori

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

ou Ctrl+ P > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

- Sélectionnez la famille dans la zone Liste des familles.
- Sélectionnez le favori dans la zone Liste des favoris.
- Cliquez sur Dupliquer

Le favori est copié à l'identique dans la même famille. Le libellé du favori dupliqué est suivi de [1]. Vous pouvez classer le favori dans une famille de votre choix voir Classer l'ordre des familles et des favoris.

11.9. Mettre un favori par défaut

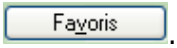
Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

ou Ctrl+ P > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

- Sélectionnez la famille à laquelle appartient le favori.
- Sélectionnez le favori.
- Cliquez sur Modifier.
- Cochez la case Favori proposé par défaut en facturation au bas de la fenêtre.
- Cliquez sur Valider.

11.10. Utiliser un favori d'acte

Premier écran de création d'une facture électronique

- Cliquez sur 

.
- Sélectionnez le favori directement dans la liste, s'il n'est pas classé dans une famille,
- Sinon sélectionnez la famille du favori puis cliquez sur le favori dans la liste.

11.11. Supprimer une famille

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

ou Ctrl+ P > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

- Effectuez un clic droit sur le nom de la famille à supprimer.
- Sélectionnez Supprimer cette famille.
- Cliquez sur OUI au message de confirmation.

11.12. Renommer une famille

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

ou Ctrl+ P > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

- Effectuez un clic droit sur le nom de la famille à renommer.
- Sélectionnez Renommer cette famille.
- Saisissez le nom à attribuer à cette famille.
- Cliquez sur OUI au message de confirmation.

11.13. Classer l'ordre des familles et des favoris

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

ou Ctrl+ P > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

Classer l'ordre des familles

- Sélectionnez par un clic gauche le nom de la famille.
- Maintenez le clic gauche enfoncé sur le nom de la famille.
- Glissez la famille à l'endroit souhaité.

La famille s'insère en dessous de la famille mise en surbrillance. La famille Non classé ne peut pas être déplacée.

Classer l'ordre des favoris

- Sélectionnez la famille à laquelle appartient le favori.
- Sélectionnez par un clic gauche le favori.
- Maintenez le clic gauche enfoncé sur le nom du favori.
- Glissez le favori à l'endroit souhaité dans la famille.

Vous pouvez déplacer le favori de famille, en glissant le favori sur le nom de la famille souhaitée dans la zone Famille.

11.14. Importer et exporter une famille de favoris

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

ou Ctrl+ P > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

Importer une famille de favoris

- Effectuez un clic droit dans la zone Liste des familles.
- Sélectionnez Importer une famille….
- Cochez le message de confirmation et cliquez sur Valider.
- Double cliquez sur la famille de favoris à importer.
- Cliquez sur OK au message de confirmation.

Le libellé de la famille importée est suivi de (1). Si le nom de la famille existe déjà dans les favoris d'AxiAM, (2) s'ajoute en fin du libellé de la famille. Renommez si besoin la famille de favoris voir Renommer une famille.

Exporter une famille de favoris

Vous avez 2 possibilités :

Exporter une famille de favoris dans un dossier

- Effectuez un clic droit sur le nom de la famille.
- Sélectionnez Exporter cette famille et Enregistré sous….
- Sélectionnez le dossier dans lequel vous souhaitez enregistrer le fichier et cliquez sur OK.

Par défaut, le fenêtre propose l'enregistrement sous C:\Program Files\AxiSoftware\Data\Favoris.

Exporter une famille de favoris par courriel

- Effectuez un clic droit sur le nom de la famille.

- Sélectionnez Exporter cette famille et Envoyer par courriel.
- Saisissez l'adresse électronique du destinataire et cliquez sur Valider.

Le mail est généré automatiquement avec en pièce jointe le fichier à exporter. Une copie de ce fichier est enregistrée dans C:\Program Files\AxiSoftware\Data\Favoris.

11.15. Rendre publique une famille

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

ou Ctrl+ P > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

- Effectuez un clic droit sur le nom de la famille.
- Sélectionnez Rendre publique cette famille.
- Cliquez sur OUI au message de confirmation.

La famille apparaît maintenant dans les 2 onglets : Favoris personnels et Favoris publics pour l'utilisateur en cours. Elle apparaîtra uniquement dans l'onglet Favoris publics pour les autres utilisateurs du cabinet.

11.16. Importer une famille publique dans les favoris personnels

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

ou Ctrl+ P > Feuille de soins > onglet Gestion des favoris

- Cliquez sur l'onglet Favoris publics.
- Effectuez un clic droit sur le nom de la famille à importer dans les favoris personnels.
- Sélectionnez Importer cette famille vers les favoris de : Nom praticien.
- Sélectionnez OUI au message de confirmation.

La famille est importée dans vos favoris personnels, mais elle reste présente dans les favoris publics.

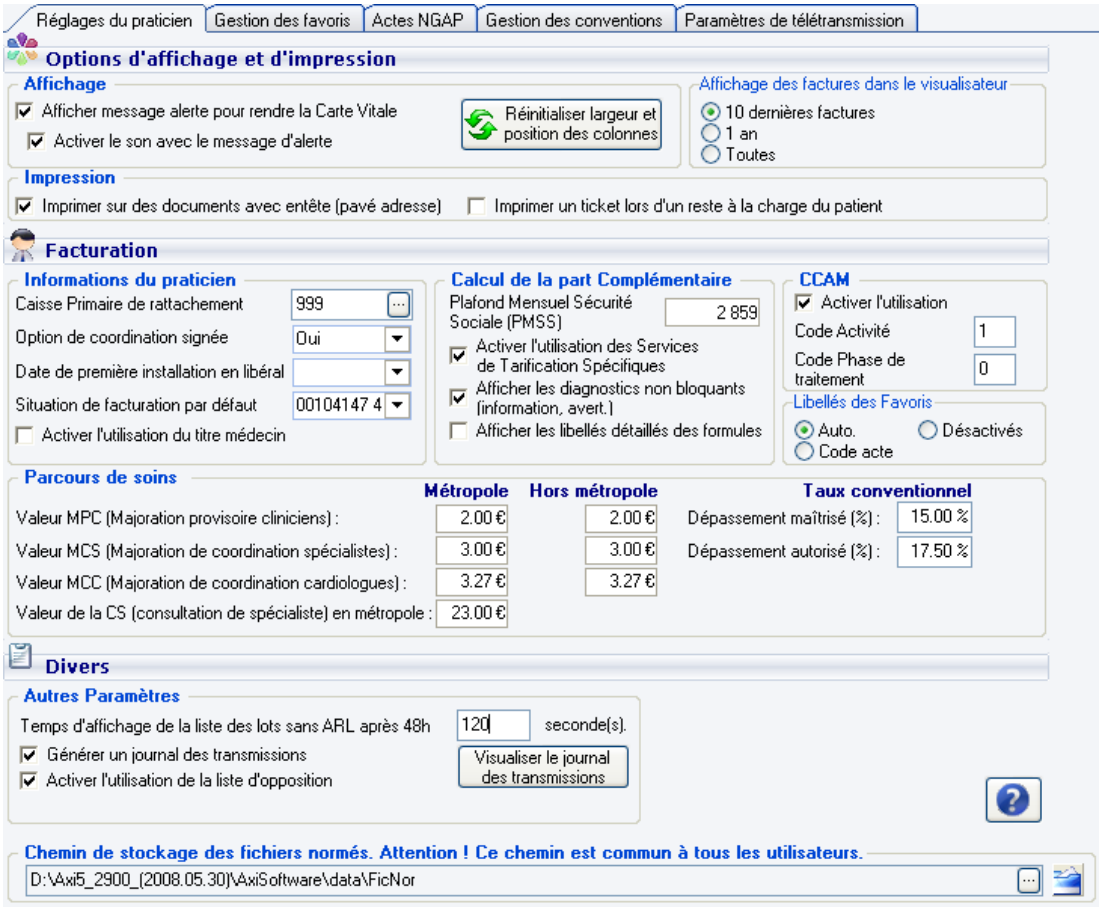
Si la famille contient des actes non compatibles avec votre spécialité, l'import sera refusé. Il faudra supprimer les actes incompatibles pour pouvoir importer la famille.

12. Paramétrer les Préférences

12.1. Saisir les réglages praticien

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Réglages du praticien

ou Ctrl+ P > Feuille de soins > onglet Réglages du praticien



La zone Affichage

Afficher message alerte pour rendre la Carte Vitale
Cochez cette case pour afficher un message à la validation d'une FSE et de son règlement afin de penser à rendre la carte Vitale au patient.

Activer le son avec le message d'alerte
Si vous cochez cette case, un son sera émis à l'affichage du message d'alerte expliqué ci-dessus.

Réinitialiser largeur et position des colonnes
Permet de replacer les colonnes des tableaux des Feuilles de Soins et de chaque partie de l'onglet Télétransmission des factures du navigateur.

Affichage des factures dans le visualisateur

Permet de choisir le nombre de factures à afficher dans l'onglet Liste des factures de l'onglet Feuille de Soins du Visualisateur.

La zone Impression

Imprimer sur des documents avec entête (pavé adresse)
Permet de ne pas imprimer vos coordonnées sur des documents dont l'entête est pré-imprimée.

Imprimer un ticket lors d'un reste à la charge du patient
Permet d'imprimer, par défaut, un ticket papier lorsqu'il y a un restant dû à la charge du patient, à la validation d'une facture.

La zone Informations du praticien

Caisse Primaire de rattachement

Permet d'afficher et de sélectionner votre caisse de rattachement. Un clic sur permet de le modifier.

Option de coordination signée

Permet de préciser si vous avez signé l'option de coordination (permet la facturation des dépassements maitrisés).

Date de première installation en libéral

Permet de modifier la date de votre première installation en libéral. Pour les généralistes installés depuis moins de 5 ans, cette option permet d'utiliser la situation Généraliste récemment installé(e) dans le Parcours de soins.

Situation de facturation par défaut

Cette liste déroulante permet de choisir la situation de facturation utilisée à l'ouverture du logiciel, une fois identifié.

Activer l'utilisation du titre médecin

Si cette option est activée, propose automatiquement le Tiers Payant sur la part obligatoire pour les actes concernés par le dispositif titre médecin.

La zone Calcul de la part Complémentaire

Plafond Mensuel Sécurité Sociale

Permet de définir le PMSS utilisé pour les calculs de la part complémentaire, basés sur un pourcentage de ce plafond, dans le 2ème écran de création d'une FSE.

Activer l'utilisation des Services de Tarification Spécifiques (STS)

Si cette case est cochée, le bouton sera présent dans la colonne AMC en cas de prise en charge de la part AMC.
Si cette case est décochée, dans le cadre d'une prise en charge par un organisme complémentaire, les montants de la part AMC sont à saisir au clavier.

Afficher les diagnostics non bloquants (information, avert.)

Cochez cette case pour afficher, lors de la création d'une facture, les diagnostics liés à la complémentaire ne bloquant pas la validation de la facture. Ces messages sont affichés dans l'onglet Contrôle de saisie de l'onglet Feuille de Soins.

Afficher les libellés détaillés des formules

Permet d'afficher le libellé détaillé des formules de calcul, dans la fenêtre de Calcul de la part complémentaire (accessible en cliquant sur dans le 2ème écran de la facture).

La zone CCAM

Activer l'utilisation

Cette case doit être cochée pour pouvoir ajouter des actes CCAM pendant la création d'une FSE.

Code Activité

Affiche le code d'activité utilisé lors de la recherche d'acte CCAM dans le 1er écran de création d'une FSE.

Code Phase de traitement

Affiche le code Phase de traitement utilisé lors de la recherche d'acte CCAM dans le 1er écran de création d'une FSE.

La zone Libellés des Favoris

Vous pouvez définir dans cette zone le libellé proposé par défaut lors de la création d'un favori d'actes parmi :

- Auto (composé avec les libellés réduits des actes saisis),
- Code acte (composé avec la liste des codes actes saisis),
- Désactivé (laissant le Libellé vide pour une saisie libre par le praticien).

La zone Parcours de soins

Permet de paramétrer les indicateurs intervenant dans le calcul du montant à la charge du patient, dans le cadre du Parcours de Soins (modulation du ticket modérateur). Il s'agit du montant des majorations, de la consultation spécialiste et des taux conventionnels des dépassements. Les modifications effectuées dans cette zone sont appliquées à tous les praticiens.

La zone Autres Paramètres

Temps d'affichage de la liste des lots sans ARL après 48h

Permet de définir le temps d'affichage de la fenêtre vous prévenant de la présence de lots pour lesquels vous n'avez pas reçu d'ARL 48 heures après leur télétransmission.

Générer un journal des transmissions

Si cette case est cochée, un résumé de chaque transmission est ajouté au journal des transmissions accessible en cliquant sur Visualiser le journal des transmissions.

Activer l'utilisation de la liste d'opposition

Permet d'utiliser la liste d'opposition consultable dans Paramètres > Poste de travail AxiAM > Liste d'opposition. Les cartes Vitale présentes dans cette liste seront refusées.

Visualiser le journal des transmissions
Un clic sur ce bouton ouvre une fenêtre résumant les transmissions effectuées pendant les 30 derniers jours.

La zone Chemin de stockage des fichiers normés
Ce champ permet de saisir l'emplacement où seront stockés les fichiers normés des conventions téléchargés, auprès des émetteurs de confiance (voir L'onglet Emetteur de confiance).
Un clic sur ouvre une fenêtre afin de modifier cet emplacement. Pour visualiser les fichiers téléchargés, cliquez sur .

12.2. Gérer les favoris d'actes

La gestion des favoris d'actes est décrite dans le chapitre Gérer les favoris d'actes.

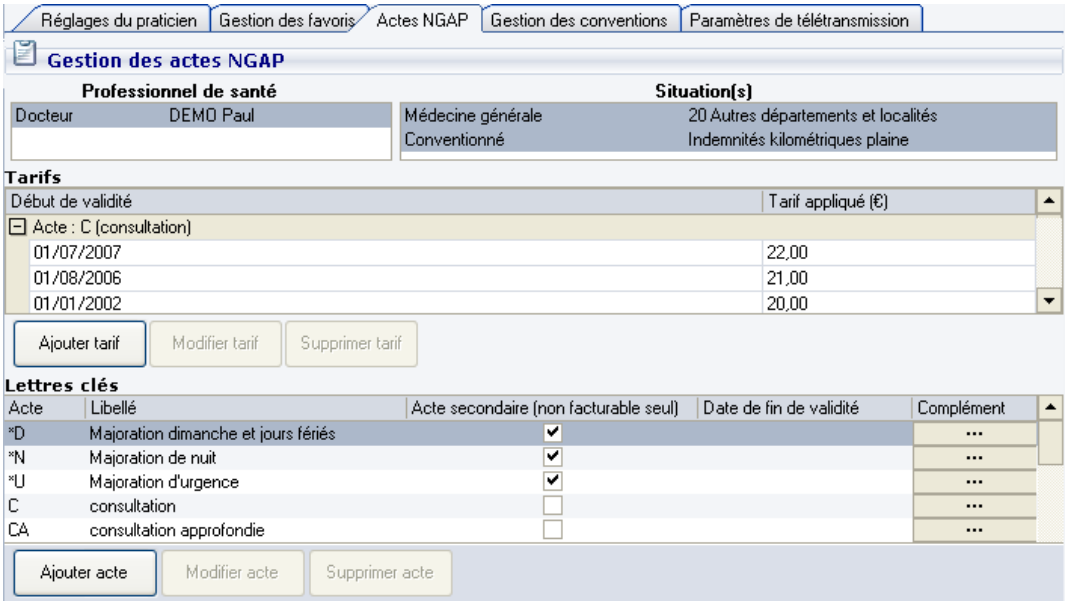
12.3. Gérer les actes NGAP

12.3.a. Description des écrans

Gestion des actes NGAP

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Actes NGAP

ou Ctrl+ P > Feuille de soins > onglet Actes NGAP



La zone Professionnel de santé
Cette zone affiche le praticien identifié, pour lequel vous pouvez modifier les actes NGAP.

La zone Situation(s)
Liste les situations de facturation du praticien sélectionné. Un clic sur une situation permet d'afficher la liste des tarifs et lettres clés pour cette situation.

La zone Tarifs
La liste Tarifs recense l'ensemble des tarifs pour chaque acte (lettre clé) triés par date de début de validité. Seuls les tarifs que vous avez ajoutés peuvent être modifiés ou supprimés.

La zone Lettres clés
Cette zone liste l'ensemble des actes. Un clic sur de la colonne Complément permet de modifier les compléments de l'acte. Seuls les actes que vous avez ajoutés peuvent être modifiés ou supprimés.

Edition d'un acte

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Actes NGAP > Ajouter acte

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Actes NGAP > Modifier acte

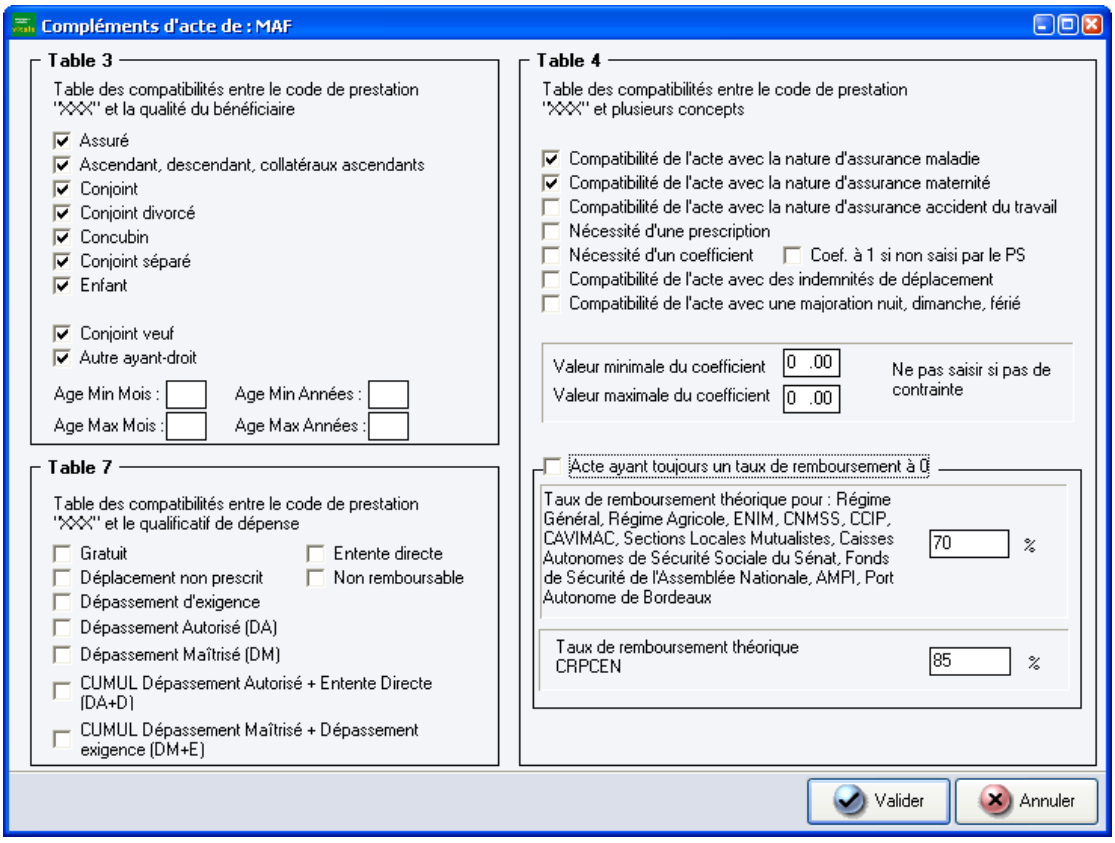
Cette fenêtre affichée à la création ou la modification d'un acte vous permet de saisir les informations de l'acte.

Compléments d'acte

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Actes NGAP > Ajouter acte

Ctrl+ P > Feuille de soins > onglet Actes NGAP > Ajouter acte

Suite à la validation de la création d'un nouvel acte ou suite au clic sur sur ... de la colonne Complément (zone Lettres clés), la fenêtre suivante s'ouvre :


Compléments d'acte de : MAF
Table 3
Table des compatibilités entre le code de prestation "XXX" et la qualité du bénéficiaire
Assuré
Ascendant, descendant, collatéraux ascendants
Conjoint
Conjoint divorcé
Concubin
Conjoint séparé
Enfant
Conjoint veuf
Autre ayant-droit
Age Min Mois :
Age Min Années :
Age Max Mois :
Age Max Années :
Table 7
Table des compatibilités entre le code de prestation "XXX" et le qualificatif de dépense
Gratuit
Entente directe
Déplacement non prescrit
Non remboursable
Dépassement d'exigence
Dépassement Autorisé (DA)
Dépassement Maîtrisé (DM)
CUMUL Dépassement Autorisé + Entente Directe (DA+D)
CUMUL Dépassement Maîtrisé + Dépassement exigence (DM+E)
Table 4
Table des compatibilités entre le code de prestation "XXX" et plusieurs concepts
Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance maladie
Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance maternité
Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance accident du travail
Nécessité d'une prescription
Nécessité d'un coefficient
Coef. à 1 si non saisi par le PS
Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement
Compatibilité de l'acte avec une majoration nuit, dimanche, férié
Valeur minimale du coefficient
Valeur maximale du coefficient
Ne pas saisir si pas de contrainte
Acte ayant toujours un taux de remboursement à 0
Taux de remboursement théorique pour : Régime Général, Régime Agricole, ENIM, CNMSS, CCIP, CAVIMAC, Sections Locales Mutualistes, Caisses Autonomes de Sécurité Sociale du Sénat, Fonds de Sécurité de l'Assemblée Nationale, AMPI, Port Autonome de Bordeaux
70
%
Taux de remboursement théorique CRPCEN
85
%
Valider
Annuler

Permet de définir les compléments de l'acte ainsi que les taux de remboursement théoriques. Des valeurs erronées peuvent générer un rejet de la part de l'organisme d'assurance maladie.
Seuls les actes que vous avez ajoutés peuvent être modifiés ou supprimés.

Edition d'un tarif

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglets Actes NGAP > Ajouter tarif

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglets Actes NGAP > Modifier tarif

Edition d'un tarif
Acte : : MAF
Nouveau tarif : 10 €
Ancien tarif : 10,00 €
Date de début de validité : 10/11/2007
Ancienne date de validité : 10/11/2007
Valider
Annuler

Cette fenêtre permet de saisir un tarif et sa date de début de validité. Si vous modifier un tarif, un rappel des dernières valeurs est affiché dans les champs Ancien tarif et Ancienne date de validité.

12.3.b. Ajouter un acte

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglets Actes NGAP ou Ctrl+ P > Feuille de soins > onglets Actes NGAP

- Cliquez sur Ajouter acte.
- Confirmez la création de l'acte.
- Saisissez les code, libellé et date de fin de validité de l'acte.
- Cliquez sur Valider.
- Saisissez les informations relatives à l'acte dans la fenêtre Compléments d'acte.
- Cliquez sur Valider.

12.3.c. Modifier un acte

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglets Actes NGAP ou Ctrl+ P > Feuille de soins > onglets Actes NGAP

Modification du code, du libellé et de la date de fin de validité de l'acte

- Sélectionnez l'acte à modifier dans la liste Lettres clés.
- Cliquez sur Modifier acte.
- Confirmez la modification de l'acte.
- Modifiez le code, le libellé et la date de fin de validité de l'acte.
- Cliquez sur Valider.

Modification des Compléments d'acte

- Cliquez sur ... de la colonne Complément de l'acte à modifier dans la liste Lettres clés.
- Modifiez les informations relatives à l'acte dans la fenêtre Compléments d'acte.
- Cliquez sur Valider.
- Confirmez la modification.

Seuls les actes que vous avez ajoutés peuvent être modifiés.

12.3.d. Supprimer un acte

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglets Actes NGAP ou Ctrl+ P > Feuille de soins > onglets Actes NGAP

- Sélectionnez l'acte à supprimer dans la liste Lettres clés.
- Cliquez sur Supprimer acte.
- Confirmez la suppression de l'acte.

- Cliquez sur Oui pour confirmer.

Seuls les actes que vous avez ajoutés peuvent être supprimés.

12.3.e. Ajouter un tarif à un acte

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglets Actes NGAP ou Ctrl+ P > Feuille de soins > onglets Actes NGAP

- Sélectionnez l'acte auquel vous souhaitez ajouter un tarif dans la liste Tarifs.
- Cliquez sur Ajouter tarif.
- Saisissez le tarif, le sigle € se rajoute automatiquement.
- Saisissez la date de début de validité.
- Cliquez sur Valider.

12.3.f. Modifier un tarif d'un acte

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglets Actes NGAP ou Ctrl+ P > Feuille de soins > onglets Actes NGAP

- Sélectionnez le tarif de l'acte à modifier dans la liste Tarifs.
- Cliquez sur Modifier tarif.
- Modifiez le tarif, le sigle € se rajoute automatiquement.
- Modifiez la date de début de validité.
- Cliquez sur Valider.

Seuls les tarifs que vous avez ajoutés peuvent être modifiés.

12.3.g. Supprimer un tarif d'un acte

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglets Actes NGAP ou Ctrl+ P > Feuille de soins > onglets Actes NGAP

- Sélectionnez le tarif de l'acte à supprimer dans la liste Tarifs.
- Cliquez sur Supprimer tarif.
- Cliquez sur Oui pour confirmer la suppression.

Seuls les tarifs que vous avez ajoutés peuvent être supprimés.

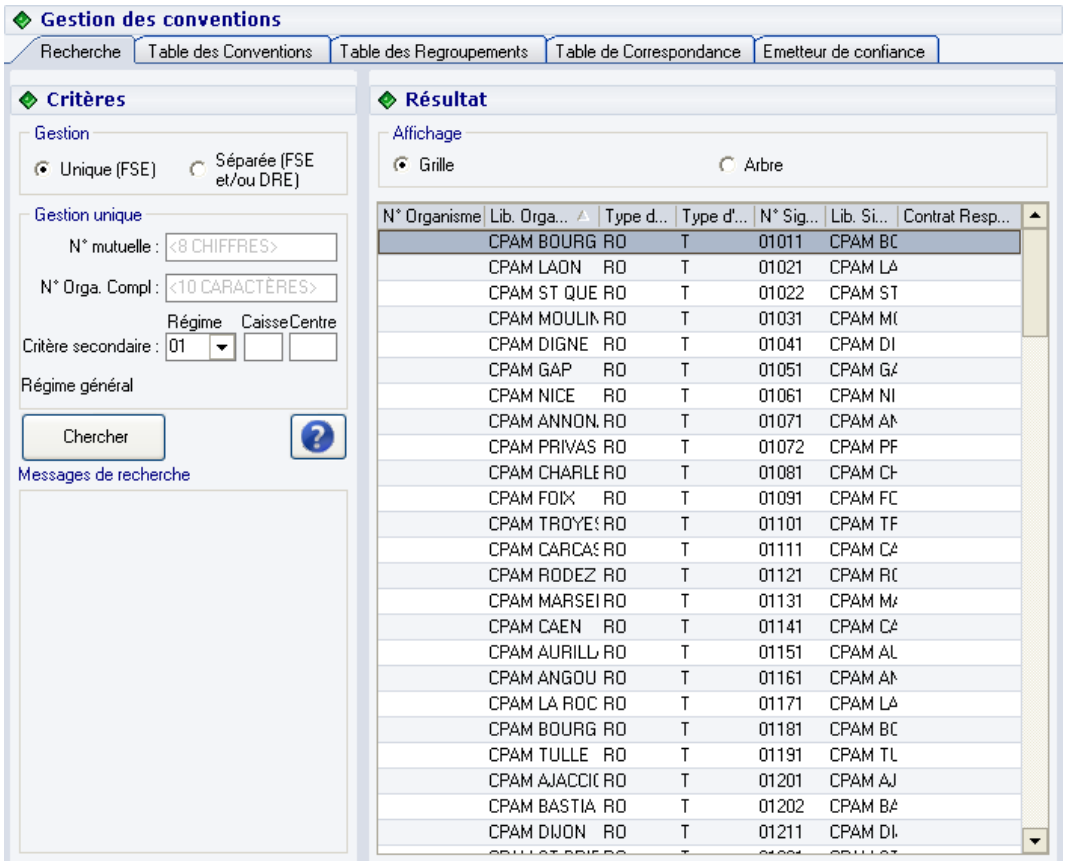
12.4. Gérer les tables des conventions

12.4.a. Description des écrans

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Gestion des conventions

ou Ctrl+ P > Feuille de soins > onglet Gestion des conventions

L'onglet Recherche


Gestion des conventions
Recherche
Table des Conventions
Table des Regroupements
Table de Correspondance
Emetteur de confiance
Critères
Gestion
Unique (FSE)
Séparée (FSE et/ou DRE)
Gestion unique
N° mutuelle :
<8 CHIFFRES>
N° Orga. Compl :
<10 CARACTÈRES>
Régime
Caisse
Centre
Critère secondaire :
01
Régime général
Chercher
Messages de recherche
Résultat
Affichage
Grille
Arbre
N° Organisme
Lib. Orga...
Type d...
Type d'...
N° Sig...
Lib. Si...
Contrat Resp...
CPAM BOURG RO T 01011 CPAM BC
CPAM LAON RO T 01021 CPAM LA
CPAM ST QUE RO T 01022 CPAM ST
CPAM MOULIN RO T 01031 CPAM M(
CPAM DIGNE RO T 01041 CPAM DI
CPAM GAP RO T 01051 CPAM GA
CPAM NICE RO T 01061 CPAM NI
CPAM ANNON. RO T 01071 CPAM AN
CPAM PRIVAS RO T 01072 CPAM PF
CPAM CHARLE RO T 01081 CPAM CH
CPAM FOIX RO T 01091 CPAM FC
CPAM TROYES RO T 01101 CPAM TF
CPAM CARCAS RO T 01111 CPAM CA
CPAM RODEZ RO T 01121 CPAM RC
CPAM MARSEI RO T 01131 CPAM MA
CPAM CAEN RO T 01141 CPAM CA
CPAM AURILL RO T 01151 CPAM AL
CPAM ANGOU RO T 01161 CPAM AN
CPAM LA ROC RO T 01171 CPAM LA
CPAM BOURG RO T 01181 CPAM BC
CPAM TULLE RO T 01191 CPAM TL
CPAM AJACCI RO T 01201 CPAM AJ
CPAM BASTIA RO T 01202 CPAM BA
CPAM DIJON RO T 01211 CPAM DI

La zone Critères

Permet de définir les critères de recherche.

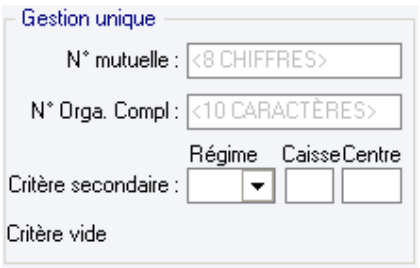
Le mode de gestion unique

Caractérise l'envoi des parts obligatoires et complémentaires à un même organisme (le plus souvent l'AMO). Ce mode de gestion est utilisé dans le cas d'une CMU, d'une AME ou de mutuelles ayant une convention de gestion avec l'AMO.

Le mode de gestion séparée

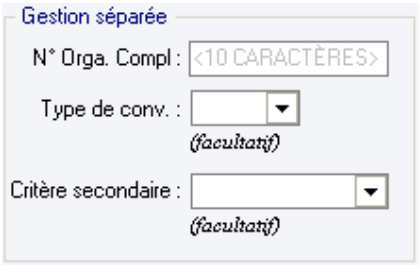
Caractérise l'envoi séparé de la part obligatoire à l'AMO (FSE) et la part complémentaire à l'AMC (DRE). Dans ce cas, un accord entre AMC et praticien doit avoir été conclu.

Pour plus de détails sur les différents modes de gestion, reportez-vous à la rubrique Gestion unique ou séparée des parts obligatoires et complémentaires.



Choix des critères de recherche d'une convention unique.

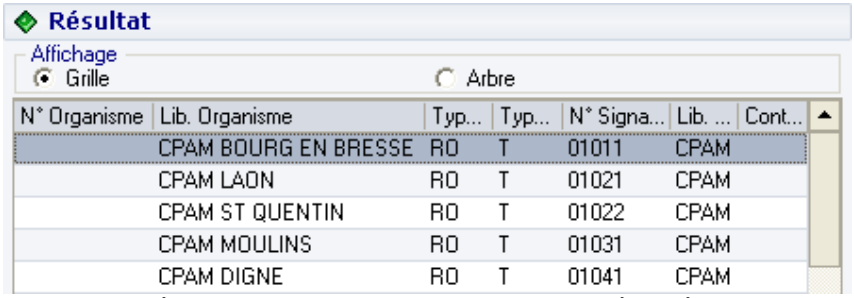
Vous devez saisir au minimum le code Régime dans le champ Critère secondaire.



Choix des critères de recherche d'une convention séparée.
Aucun champ n'est obligatoire pour effectuer une recherche. Ces informations sont inscrites sur le justificatif papier des droits complémentaires de votre patient. Vous pouvez sélectionner le Type de convention parmi ceux inscrits en carte Vitale, en utilisant la liste déroulante ou saisir les 2 lettres clés au clavier.

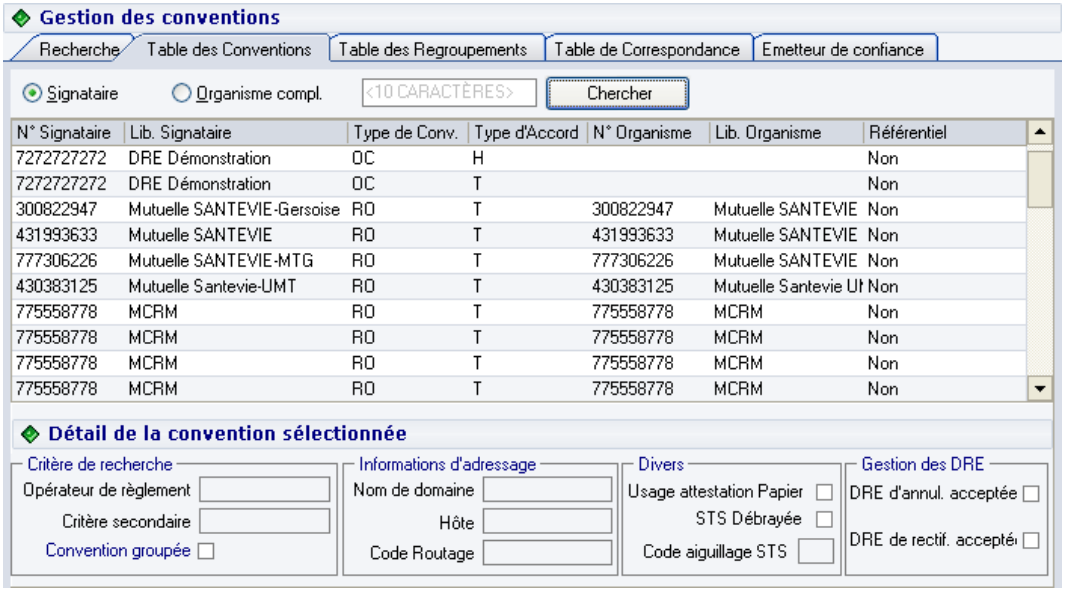
Bouton de lancement de la recherche de la convention par rapport aux critères saisis au-dessus.

La zone Résultat

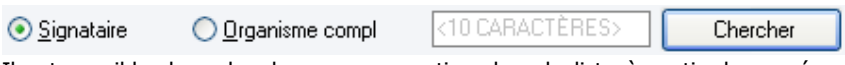


S'affiche ici le résultat de la recherche correspondant aux critères définis. Vous pouvez sélectionner un affichage de type Grille ou arborescence.
Seuls les organismes référencés dans la base de données apparaissent. Si l'organisme recherché n'apparaît pas il suffit de l'ajouter (voir Créer une convention en gestion unique ou Créer une convention en gestion séparée).

L'onglet Table des Conventions



Cet onglet permet d'afficher la liste des conventions et de gérer les conventions.
Cliquez sur le libellé des colonnes pour modifier l'ordre de tri de la liste.



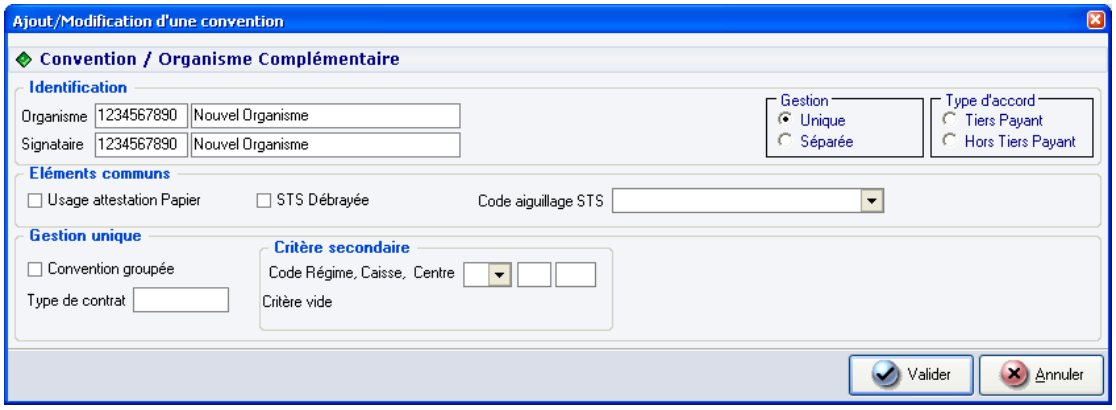
Il est possible de rechercher une convention dans la liste à partir du numéro de Signataire ou du numéro d'Organisme complémentaire.
Un clic sur une ligne permet d'en afficher le détail de la convention dans la partie inférieure de l'onglet.
Un clic-droit dans la liste ouvre un menu contextuel permettant :

- d'ajouter une nouvelle convention (voir La fenêtre Ajout/Modification d'une convention),

- de modifier la convention sélectionnée,
- de supprimer une convention.

Seules les conventions personnelles peuvent être modifiées ou supprimées. Si vous souhaitez modifier une convention du référentiel de base, vous devez la copier dans votre liste personnelle.

La fenêtre Ajout/Modification d'une convention

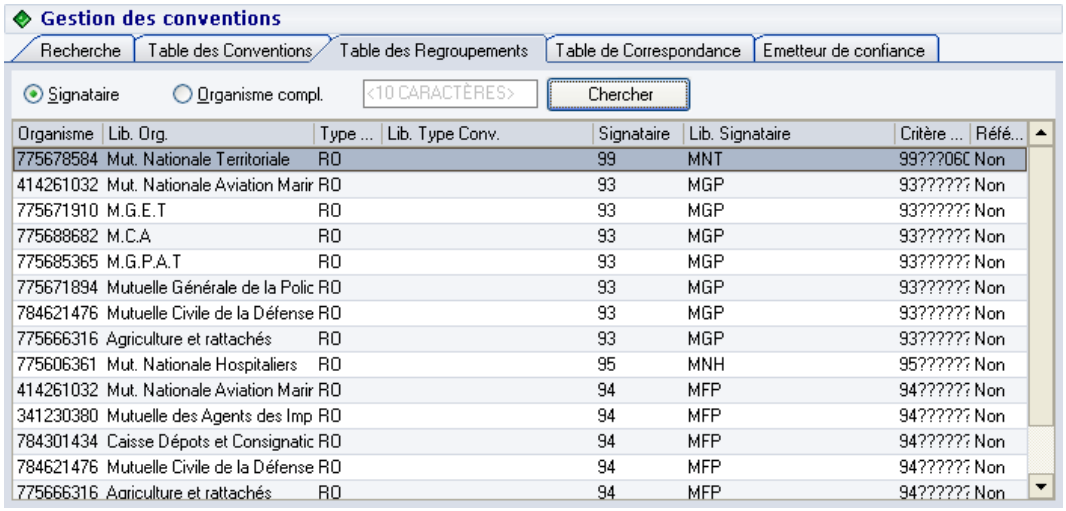


Cette fenêtre permet d'ajouter ou de modifier une convention.
Vous devez :

- saisir le numéro puis le libellé de l'organisme
- saisir le numéro puis le libellé du signataire
- sélectionner le type de tiers-payant

Remplissez ensuite cette fenêtre à l'aide de l'attestation papier qui vous a été fournie pour cette convention.

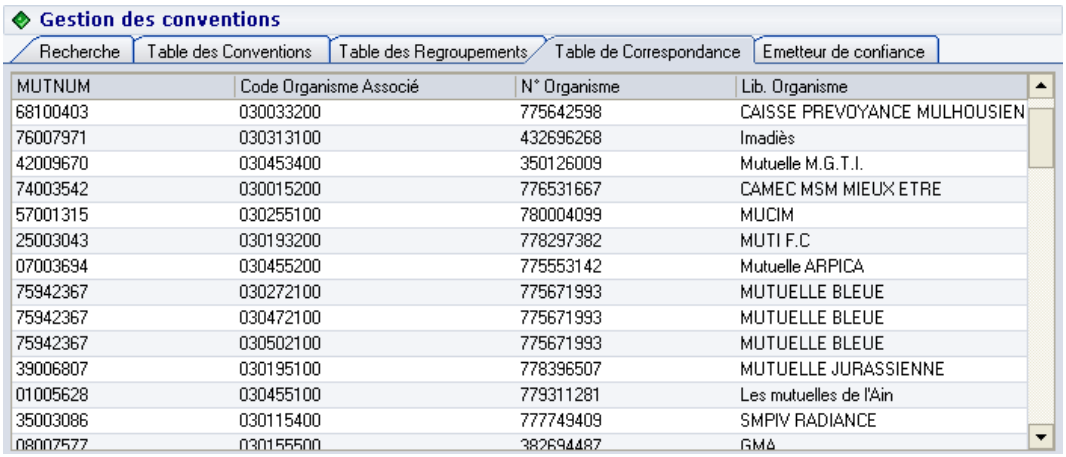
L'onglet Table des Regroupements


Gestion des conventions
Recherche
Table des Conventions
Table des Regroupements
Table de Correspondance
Emetteur de confiance
Signataire
Organisme compl.
<10 CARACTÈRES>
Chercher
Organisme | Lib. Org. | Type ... | Lib. Type Conv. | Signataire | Lib. Signataire | Critère ... | Réfé...
775678584 Mut. Nationale Territoriale RO 99 MNT 99???06(Non
414261032 Mut. Nationale Aviation Marir RO 93 MGP 93?????? Non
775671910 M.G.E.T RO 93 MGP 93?????? Non
775688682 M.C.A RO 93 MGP 93?????? Non
775685365 M.G.P.A.T RO 93 MGP 93?????? Non
775671894 Mutuelle Générale de la Polic RO 93 MGP 93?????? Non
784621476 Mutuelle Civile de la Défense RO 93 MGP 93?????? Non
775666316 Agriculture et rattachés RO 93 MGP 93?????? Non
775606361 Mut. Nationale Hospitaliers RO 95 MNH 95?????? Non
414261032 Mut. Nationale Aviation Marir RO 94 MFP 94?????? Non
341230380 Mutuelle des Agents des Imp RO 94 MFP 94?????? Non
784301434 Caisse Dépots et Consignatic RO 94 MFP 94?????? Non
784621476 Mutuelle Civile de la Défense RO 94 MFP 94?????? Non
775666316 Agriculture et rattachés RO 94 MFP 94?????? Non

Affiche la table des regroupements de convention permettant d'identifier l'organisme signataire de la convention regroupant plusieurs complémentaires.
Cliquez sur le libellé des colonnes pour modifier l'ordre de tri de la liste.

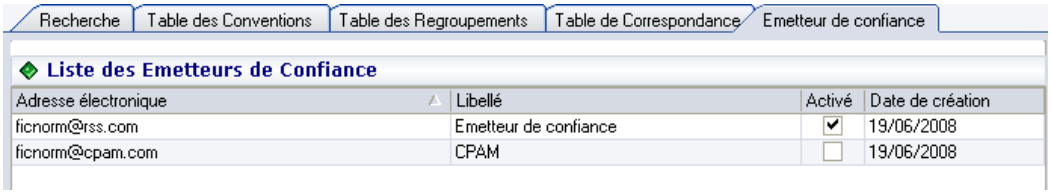
Il est possible de rechercher une regroupement dans la liste à partir du numéro de Signataire ou du numéro d'Organisme complémentaire.

L'onglet Table de Correspondance



Affiche la table de correspondance entre le MUTNUM et le numéro d'organisme complémentaire. Cette table permet d'identifier le numéro d'organisme complémentaire en cas de gestion unique.
Cliquez sur le libellé des colonnes pour modifier l'ordre de tri de la liste.

L'onglet Emetteur de confiance


Recherche
Table des Conventions
Table des Regroupements
Table de Correspondance
Emetteur de confiance
Liste des Emetteurs de Confiance
Adresse électronique | Libellé | Activé | Date de création
ficnorm@rss.com | Emetteur de confiance | 19/06/2008
ficnorm@cpam.com | CPAM | 19/06/2008

Permet de gérer la liste des émetteurs de confiance dont vous acceptez les fichiers de mise à jour de la liste des conventions (appelés fichiers normés).
Cliquez sur le libellé des colonnes pour modifier l'ordre de tri de la liste.
Un clic-droit dans la liste affiche un menu contextuel permettant :

- d'ajouter un émetteur de confiance,
- de supprimer un émetteur de confiance.

A l'ajout d'un nouvel émetteur, une nouvelle ligne est affichée avec la date du jour dans la colonne Date de création.
Vous devez saisir l'adresse électronique fournie par l'émetteur puis cocher la case dans la colonne Activé pour accepter les fichiers normés reçus de cet émetteur.

12.4.b. Rechercher une convention

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Gestion des conventions > onglet Recherche

Deuxième écran de création d'une facture électronique > bouton Choix Organisme > onglet Rechercher un convention > onglet Recherche

- Sélectionnez le type de convention (gestion unique ou séparée)
- Saisissez les critères de recherche de la convention :
  - pour une convention en gestion séparée, le numéro d'organisme complémentaire, au minimum
  - pour une convention en gestion unique, le numéro de régime, au minimum
- Cliquez sur Recherche.

12.4.c. Créer une convention en gestion unique

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Gestion des conventions > onglet Table des Conventions

Deuxième écran de création d'une facture électronique > bouton Choix Organisme > onglet Rechercher un convention > onglet Table des Conventions

- Faites un clic-droit dans la liste des conventions pour ouvrir le menu contextuel.
- Sélectionnez Ajouter une convention personnelle.

  La fenêtre Ajout/Modification d'une convention apparaît. Vous devez remplir cette fenêtre à l'aide de l'attestation papier qui vous a été fournie pour cette convention.
- Sélectionnez le bouton radio Unique dans la zone Gestion à gauche de la fenêtre.
- Saisissez les identifiants de l'organisme et du signataire.
- Sélectionnez le type d'accord tiers payant.
- Cliquez sur la flèche noire pour sélectionnez le code régime dans la zone Critère secondaire.
- Cliquez sur

pour enregistrer cette nouvelle convention.

12.4.d. Créer une convention en gestion séparée

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Gestion des conventions > onglet Table des Conventions

Deuxième écran de création d'une facture électronique > bouton Choix Organisme > onglet Rechercher un convention > onglet Table des Conventions

Le mode de gestion séparée caractérise l'envoi séparé de la part obligatoire à l'AMO (FSE) et la part complémentaire à l'AMC (DRE). Dans ce cas, un accord entre AMC et praticien doit avoir été conclu.

- Faites un clic droit dans la liste des conventions pour ouvrir le menu contextuel.
- Sélectionnez Ajouter une convention personnelle.

  La fenêtre Ajout/Modification d'une convention apparaît. Vous devez remplir cette fenêtre à l'aide de l'attestation papier qui vous a été fournie pour cette convention.
- Saisissez les identifiants de l'organisme et du signataire.
- Sélectionnez le type d'accord tiers payant.
- Renseignez les divers éléments avec l'attestation de la mutuelle.
- Cliquez sur

pour enregistrer cette nouvelle convention.

12.4.e. Modifier une convention

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Gestion des conventions > onglet Table des Conventions

Deuxième écran de création d'une facture électronique > bouton Choix Organisme > onglet Rechercher un convention > onglet Table des Conventions

- Faites un clic droit sur la convention à modifier pour ouvrir le menu contextuel.
- Sélectionnez Modifier une convention personnelle.

  Si la convention sélectionnée fait partie du référentiel de base, vous devez sélectionner Copier cette convention dans ma liste personnelle pour la modifier. La fenêtre Ajout/Modification d'une convention apparaît.
- Renseignez les divers éléments avec l'attestation de l'organisme.
- Cliquez sur

pour enregistrer les modifications.

Seules les conventions personnelles peuvent être modifiées. Si vous souhaitez modifier une convention faisant partie du référentiel de base, vous devez en faire une copie dans votre liste personnelle.

12.4.f. Supprimer une convention

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Gestion des conventions > onglet Table des Conventions

Deuxième écran de création d'une facture électronique > bouton Choix Organisme > onglet Rechercher un convention > onglet Table des Conventions

- Faites un clic droit sur la convention à supprimer pour ouvrir le menu contextuel.
- Sélectionnez Supprimer cette convention.
- Cliquez sur Oui dans la fenêtre de confirmation.

Seules les conventions personnelles peuvent être supprimées.

12.4.g. Mettre à jour la table des conventions à partir de fichiers normés

Pour mettre à jour les conventions à partir de fichiers normés, vous devez avoir un accord auprès des émetteurs de ces fichiers (voir Ajouter un émetteur de confiance). Ces émetteurs vous transmettent les mises à jour par courrier électronique sous forme de fichiers normés à l'adresse utilisée pour la télétransmission. Le téléchargement des fichiers normés est effectué lors de chaque télétransmission.

Navigateur > onglet Télétransmission des factures > Factures non transmises

- Cliquez sur Transmettre pour télétransmettre vos FSE et télécharger les fichiers normés envoyés par vos émetteurs de confiance.

  Si de nouveaux fichiers normés ont été téléchargés, une fenêtre de confirmation s'ouvre.
- Confirmez la mise à jour des conventions.

  Si vous confirmez la mise à jour, la table des conventions remplace la table précédemment mise à jour et s'ajoute à vos conventions personnelles.

  Si vous ne confirmez pas la mise à jour, un nouveau bouton

est affiché dans la barre de menu du navigateur vous permettant de procéder à la mise à jour ultérieurement.

12.4.h. Ajouter un émetteur de confiance

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Gestion des conventions > onglet Emetteurs de confiance

- Faites un clic-droit dans la liste des émetteurs de confiance pour afficher le menu contextuel.
- Sélectionnez Ajouter un émetteur.

  Une nouvelle ligne est affichée en fin de liste avec la date du jour dans la colonne Date de création.
- Saisissez l'adresse électronique ainsi qu'un libellé.
- Cochez au besoin la case de la colonne Activé pour que les fichiers normés transmis par cet émetteur soient traités.

12.4.i. Supprimer un émetteur de confiance

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Gestion des conventions > onglet Emetteurs de confiance

- Faites un clic-droit sur l'émetteur de confiance à supprimer.
- Sélectionnez Supprimer l'émetteur dans le menu contextuel.

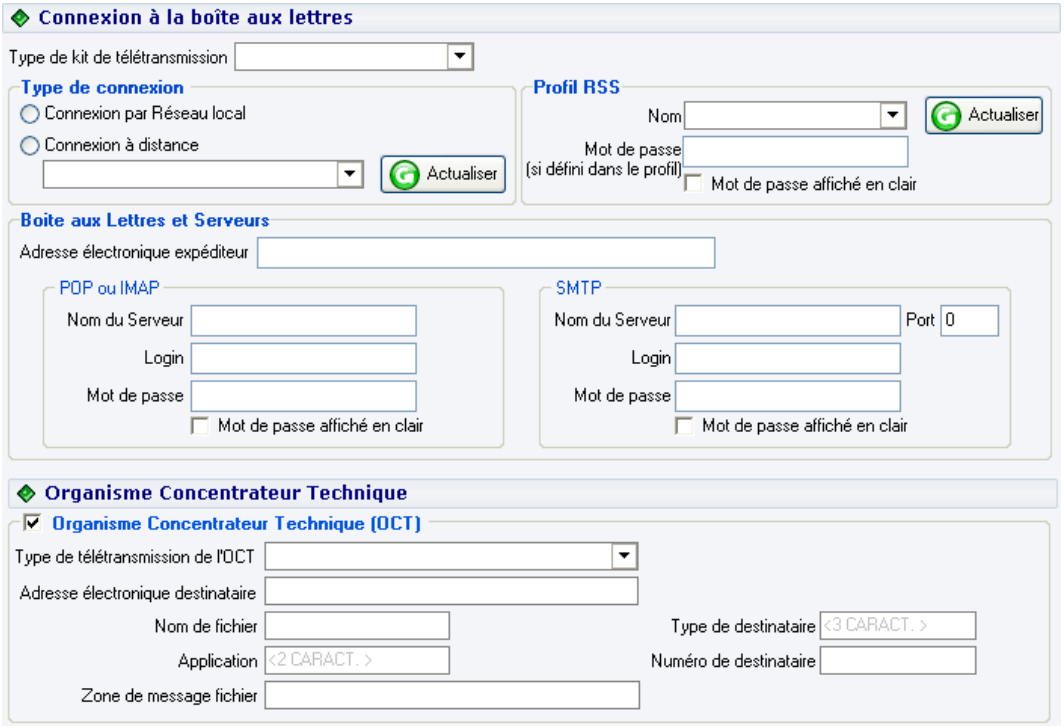
Cette opération est irréversible. Un émetteur supprimé par erreur devra être de nouveau ajouté.

12.5. Paramétrer la télétransmission

12.5.a. Description de l'écran

Paramètres > Préférences > Feuille de soins > onglet Paramètres de télétrasmission

ou Ctrl+ P > Feuille de soins > onglet Paramètres de télétrasmission



Type de kit de télétransmission

Permet de sélectionner votre type de fournisseur de connexion et de mail.
Si vous sélectionnez le fournisseur RSS, seule la zone Profil RSS doit être complétée, les autres paramètres sont grisés.
Si le fournisseur Wanadoo Santé est sélectionné, seules les zones Type de connexion et Boite aux lettres et Serveur sont à renseigner.
Si vous sélectionnez le fournisseur Internet générique, toutes les zones sont libres à la saisie.

La zone Type de connexion

Vous pouvez sélectionner dans cette zone la nature de votre connexion. Avec une Connexion par réseau local, votre ordinateur est connecté à un ensemble de machine lui donnant accès à Internet. Dans le cadre d'une Connexion à distance, sélectionnez la connexion à utiliser dans la liste déroulante. Le bouton Actualiser permet de rafraichir la liste des connexions proposées.

La zone Profil RSS

Un clic sur la flèche du champ Nom permet de sélectionner la connexion RSS à utiliser. Celle-ci a dû être paramétrée au préalable à l'aide du kit fourni pour la RSS. Vous pouvez cliquez sur Actualiser pour mettre à jour la liste des connexions affichées. Dans le cas où un Mot de passe a été défini dans le profil de connexion, renseignez le dans cette zone. Vous pouvez cocher la case Mot de passe affiché en clair si vous souhaitez voir le mot de passe en toute lettre lorsque vous le saisissez.

La zone Boîte aux Lettre et Serveurs

Il faut saisir dans le champ Adresse électronique expéditeur l'adresse utilisée pour envoyer vos Feuilles de Soins Electroniques et recevoir les accusés de réception et retours.
Les 2 parties POP ou IMAP et SMTP vous permettent de saisir respectivement les coordonnées de réception et d'envoi.
Le Nom du serveur est une adresse du type pop.wanadoo.fr.

La zone Organisme Concentrateur Technique

Cette zone est à remplir seulement si vous faites appel à un organisme concentrateur technique. Les autres champs sont à remplir en fonction des informations fournies pour l'organisme.

- Extension du mode 1.31 (FSE enrichie).
- Eclatement des flux à la source.
- Transmission d'un fichier unique.

12.5.b. Paramétrer une connexion RSS

- Sélectionnez RSS dans Type de kit de télétransmission. La zone Profil RSS est activée pour permettre la saisie. Si votre connexion est paramétrée le profil vous est proposé par défaut.
- Sélectionnez le nom de la connexion RSS dans le champ Nom.
- Saisissez le mot de passe, s'il y a.

- Cliquez sur Fermer, pour sauvegarder le paramétrage.

12.5.c. Paramétrer une connexion Wanadoo Santé

Afin de saisir les informations munissez-vous de vos documents d'accès Internet pour la télétransmission fournis par Wanadoo Santé.

- Renseignez le Type de connexion que vous utilisez : Connexion par Réseau local ou Connexion à distance. Dans le cas d'une connexion à distance, sélectionnez la connexion en cliquant sur la flèche noire en bout de zone.
- Complétez l'Adresse électronique expéditeur, elle est du type fse.xxxxx@sante.wanadoo.fr (les xxxx étant des chiffres et des lettres).
- Saisissez dans la zone POP ou IMAP votre Login qui est votre identifiant, c'est le début de votre adresse électronique, donc de la forme fse.xxxxx (ne pas mettre @sante.wanadoo.fr).
- Saisissez dans cette même zone POP ou IMAP votre Mot de passe, associé à l'identifiant ci-dessus. Cochez la case Mot de passe affiché en clair avant de saisir le mot de passe, si vous souhaitez voir en clair la saisie de votre mot de passe.
- Si vous utilisez un Organisme Concentrateur Technique (OCT), cochez cette case et saisissez les éléments suivants, en fonction des documents fournies par votre OCT.
- Sélectionnez le Type de télétransmission de l'OCT en cliquant sur la flèche noire à droite. Vous avez 3 choix :
    - Extension du mode 1.31 (FSE enrichie).
    - Eclatement des flux à la source.
    - Transmission d'un fichier unique.
- Renseignez les autres champs avec les informations fournies par l'OCT.
- Cliquez sur Fermer, pour sauvegarder le paramétrage.

12.5.d. Paramétrer une connexion Internet

Afin de saisir les informations munissez-vous de vos documents d'accès Internet pour la télétransmission fournis par votre fournisseur d'accès.

- Renseignez le type de connexion que vous utilisez : Connexion par Réseau local ou Connexion à distance. Dans le cas d'une connexion à distance, sélectionnez la connexion en cliquant sur la flèche noire en bout de zone.
- Saisissez votre adresse électronique. **Il est vivement conseillé que cette adresse électronique soit exclusivement utilisée dans le cadre de la télétransmission des feuilles de soins**.
- Saisissez le Nom du Serveur, votre Login et votre Mot de passe dans la zone POP ou IMAP en fonction des éléments fournis par votre fournisseur d'accès. Vous avez la possibilité de voir en clair la saisie de votre mot de passe en cochant la case Mot de passe affiché en clair avant de saisir le mot de passe.
- Saisissez le Nom du Serveur, votre Login et votre Mot de passe dans la zone SMTP en fonction des éléments fournis par votre fournisseur d'accès. Vous avez la possibilité de voir en clair la saisie de votre mot de passe en cochant la case Mot de passe affiché en clair avant de saisir le mot de passe.
- Si vous utilisez un Organisme Concentrateur Technique (OCT) vous devez cocher cette case et renseigner les éléments suivants, en fonction des documents fournis par votre OCT.
- Sélectionnez le Type de télétransmission de l'OCT en cliquant sur la flèche noire à droite. Vous avez 3 choix :
    - Extension du mode 1.31 (FSE enrichie).
    - Eclatement des flux à la source.
    - Transmission d'un fichier unique.
- Renseignez les autres champs avec les informations fournies par l'OCT.
- Cliquez sur Fermer, pour terminer le paramétrage.

13. Gestion des recettes

13.1. Dans le cas d'une liaison AxiSanté 4 – AxiAM

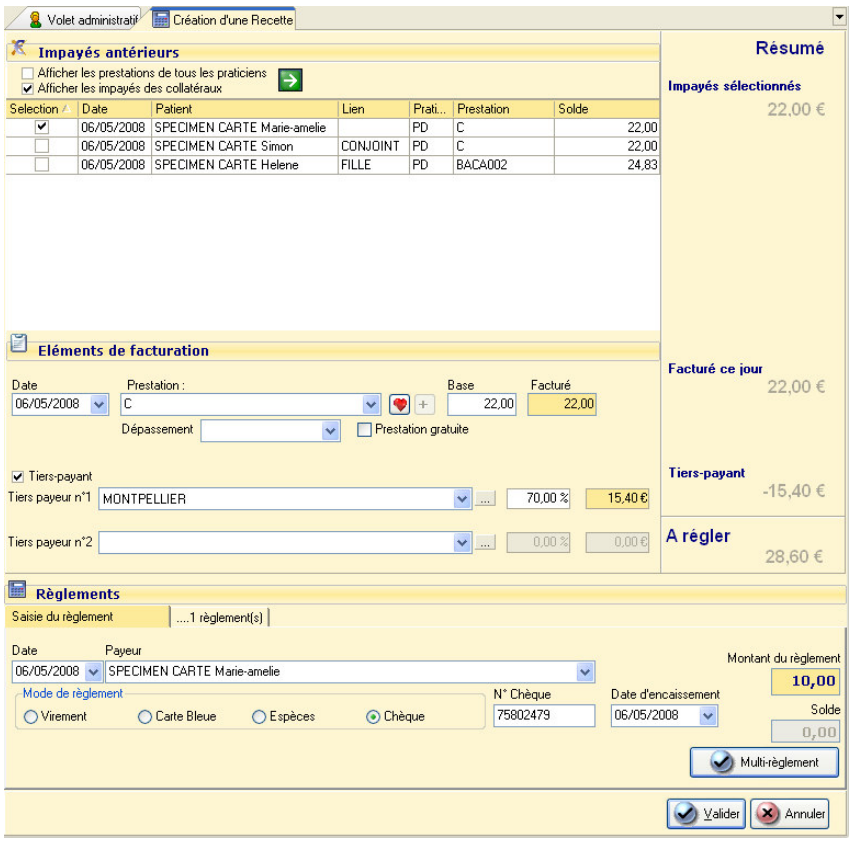
Dans le cas, d'une liaison AxiSanté 4 – AxiAM, l'ensemble des recettes est géré par AxiSanté 4. Pour plus d'informations, reportez-vous au manuel utilisateur du logiciel AxiSanté 4.

13.2. Pour les utilisateurs AxiCompta

Avant de saisir une recette dans ce nouveau module de recette renseignez les paramètres de la gestion des recettes (voir Les préférences).

13.3. Descriptions des écrans

13.3.a. Recette



Impayés antérieurs

Afficher les prestations de tous les praticiens
Permet d'afficher les impayés du patient pour tous les praticiens du cabinet médical.
Cette case peut être cochée par défaut en sélectionnant : Gestion globale dans les préférences utilisateurs (voir les Préférences de l'utilisateur).

Afficher les impayés des collatéraux
Permet d'afficher la liste des impayés des collatéraux (membres de la famille), renseignés dans le volet administratif.
Cette case peut être cochée par défaut selon les préférences utilisateurs (voir les Préférences de l'utilisateur).
Possibilité de mentionner au cas par cas, si la case doit être cochée ou non depuis l'écran de saisie de recette dans le dossier patient. C'est ce dernier paramétrage qui sera pris en compte à la réouverture d'une nouvelle recette pour ce dossier patient.

Liste des impayés
Affiche la liste des impayés du patient et des collatéraux, si la case décrite précédemment est cochée.
Lorsque la case Sélection est cochée, le solde de cette ligne est ajouté à la recette en cours.
La taille, l'ordre et l'affichage des colonnes peut être modifiés (voir Personnalisation des listes).

Eléments de facturation

Dans le cas d'un règlement faisant suite à une facture électronique, cette zone est automatiquement renseignée, tous les champs sont grisés et non modifiable.

Date
Date de réalisation de la recette.
Lorsque la recette est créée suite à une FSE c'est la date de réalisation de la facture et non pas la date de prescription qui est reprise.
Pour modifier la date, saisir une nouvelle date à l'aide du clavier ou cliquer sur la flèche à droite permettant de sélectionner une date depuis un calendrier.

Prestation
Prestation : est suivi du libellé de la prestation si renseigné dans les paramètres (voir Prestations).
Lorsque la recette est créée suite à une facture électronique, Prestation : est suivi de *Créée depuis AxiAM.*
Ce champ contient la prestation réalisée, la saisie libre est autorisée. Un clic sur la flèche à droite permet de sélectionner une prestation déjà paramétrée.

Dépassement
Permet de sélectionner un motif de dépassement. Cette liste est paramétrable depuis le menu des préférences (voir Prestations).

Prestation gratuite
Permet d'indiquer qu'une prestation est gratuite. Le champ Facturé est à 0 lorsque cette case est cochée, ce champ est non modifiable.

Contient les prestations mises en favori depuis la fenêtre des préférences (voir Prestations). Un clic permet d'afficher la liste des favoris et d'en sélectionner un.

Permet d'ajouter une prestation dans le paramétrage de l'utilisateur.
Il faut saisir la Prestation, le montant de Base et le montant Facturé avant de cliquer sur ce bouton.
Un clic sur ce bouton permet d'afficher une boite de dialogue afin de donner un libellé à la prestation.

Base
Indique le montant de base de l'acte. Le montant de base est le montant de référence de l'assurance maladie. Pour connaître les montants de base, consultez le site de l'assurance maladie www.ameli.fr.

Facturé
Indique le montant facturé pour la prestation sélectionnée.

Tiers-payant
Case à cocher afin de spécifier la prise en charge par un tiers payeur (Assurance maladie obligatoire (AMO) ou Assurance maladie complémentaire (AMC)).

Permet de sélectionner le nom d'un tiers payeurs, de mentionner un pourcentage de prise en charge s'il est connu ou un montant.

Un clic sur permet de sélectionner un organisme parmi les plus utilisés ou celui présent dans le volet administratif.

Un clic sur ouvre la fenêtre Liste des organismes.

Les onglets Org. Obligatoires et Org. Complémentaires affichent la liste des organismes renseignée dans le logiciel AxiAM 1.40 (voir Gérer les tables des conventions).

Il est possible de créer une liste personnelle de tiers payeurs depuis la fenêtre des préférences (voir Tiers Payeurs).
Les champs Numéro et Libellé permettent d'affiner la recherche dans la liste.
Un double clic sur le nom d'un organisme permet de le sélectionner.

Résumé

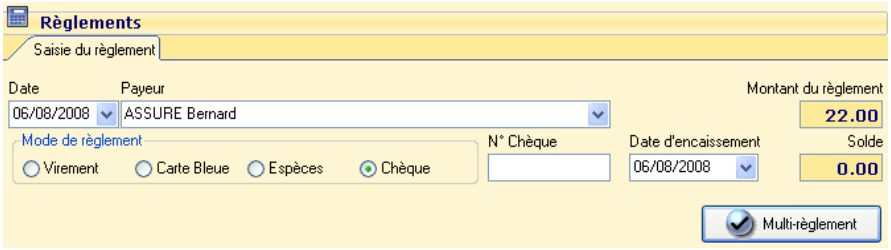
Impayés sélectionnés
Indique le montant total des impayés sélectionnés dans la liste des impayés antérieurs.

Facturé ce jour
Affiche le montant de la prestation facturé ce jour au patient.

Tiers-payant
Affiche le montant total pris en charge par le ou les tiers payeurs.

A régler
Indique le total à la charge du patient.

Règlements



Cette zone permet de saisir le ou les règlements de la recette.

Date
Contient la date à laquelle le règlement a été perçu.
Ce champ est modifiable soit par la saisie au clavier soit par un clic sur la flèche à droite et sélectionner une date depuis le calendrier proposé.

Payeur
Cette zone indique le nom du payeur par défaut qui peut être par ordre de priorité :

- Le payeur par défaut renseigné dans le volet administratif (voir Définir le payeur d'un patient).
- Ou le choix du payeur par défaut définit dans les Préférences de l'utilisateur (le patient lui-même ou son assuré).

Ce champ est modifiable, la saisie libre est autorisée.

Mode de règlement
Permet de choisir le mode de règlement.
Le mode de règlement par défaut est défini dans les Préférences de l'utilisateur.

N° Chèque
Permet de saisir le numéro de chèque. Vous avez la possibilité de saisir du texte si besoin pour inscrire le nom de la banque par exemple.
Ce champ apparaît uniquement si le mode de règlement Chèque est sélectionné.

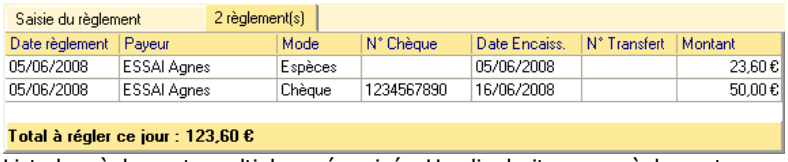
Date d'encaissement
Permet d'indiquer la date à laquelle le paiement peut être remis à l'encaissement.
Cette date est utile pour le transfert en comptabilité, le règlement apparaîtra uniquement quand la date d'encaissement sera comprise inférieure ou égale à la date système de l'ordinateur.
Cette date est disponible uniquement pour les modes de paiement Chèque ou Carte bleue.

Montant du règlement
Permet de saisir le montant du règlement.
Par défaut, ce champ contient le total A régler indiqué dans la zone Résumé.
Suite à des règlements multiples, ce champ contient le total A régler moins la somme des règlements mémorisés.
Vous pouvez saisir un montant nul ou inférieur au total A régler pour générer un impayé.

Solde
Affiche le solde à la charge du patient. Ce champ est à titre d'information il est non modifiable.

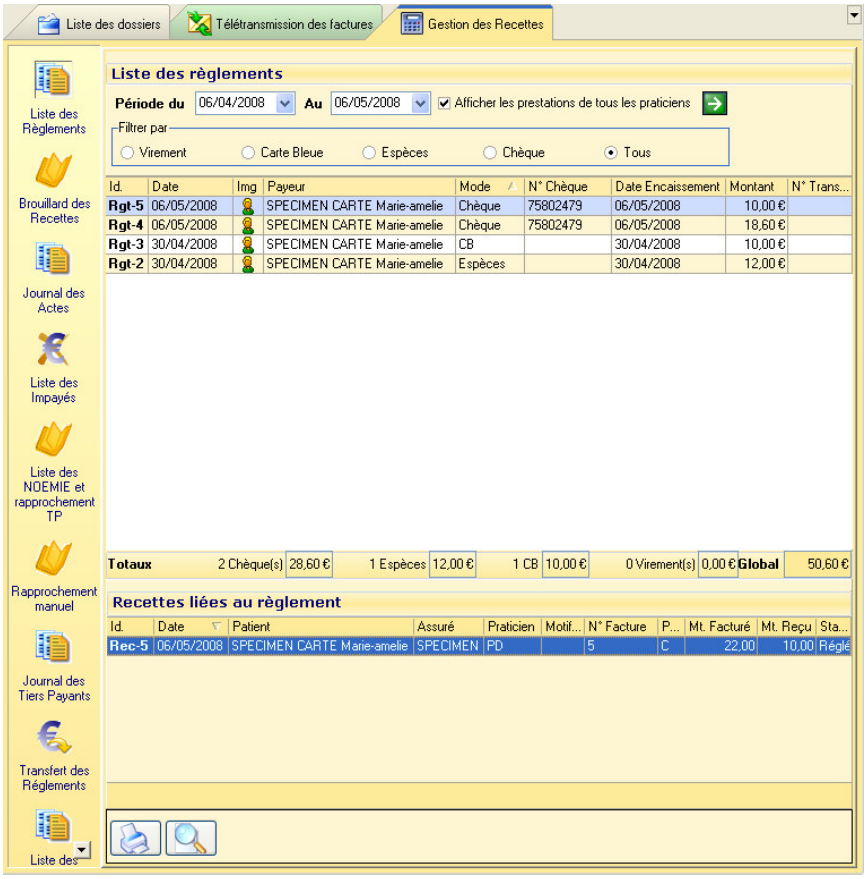
Multi-règlement
Mémorise le règlement en cours de saisie, affiche l'onglet X Règlement(s) s'il s'agit du premier règlement multiple.
Après la mémorisation d'un règlement, une nouvelle saisie de règlement est proposée pour le montant à régler restant.
Tous les règlements sont validés à la validation de la recette.

L'onglet X règlement(s)


Saisie du règlement
2 règlement(s)
Date règlement | Payeur | Mode | N° Chèque | Date Encaiss. | N° Transfert | Montant
05/06/2008 | ESSAI Agnes | Espèces | | 05/06/2008 | | 23,60 €
05/06/2008 | ESSAI Agnes | Chèque | 1234567890 | 16/06/2008 | | 50,00 €
Total à régler ce jour : 123,60 €

Liste les règlements multiples mémorisés. Un clic droit sur un règlement permet de le supprimer.

13.3.b. Liste des règlements


Liste des dossiers
Télétransmission des factures
Gestion des Recettes
Liste des Règlements
Brouillard des Recettes
Journal des Actes
Liste des Impayés
Liste des NOEMIE et rapprochement TP
Rapprochement manuel
Journal des Tiers Payants
Transfert des Réglements
Liste des
Liste des règlements
Période du 06/04/2008 Au 06/05/2008 Afficher les prestations de tous les praticiens
Filtrer par
Virement Carte Bleue Espèces Chèque Tous
Id. | Date | Img | Payeur | Mode | N° Chèque | Date Encaissement | Montant | N° Trans...
Rgt-5 | 06/05/2008 | SPECIMEN CARTE Marie-amelie | Chèque | 75802479 | 06/05/2008 | 10,00 €
Rgt-4 | 06/05/2008 | SPECIMEN CARTE Marie-amelie | Chèque | 75802479 | 06/05/2008 | 18,60 €
Rgt-3 | 30/04/2008 | SPECIMEN CARTE Marie-amelie | CB | | 30/04/2008 | 10,00 €
Rgt-2 | 30/04/2008 | SPECIMEN CARTE Marie-amelie | Espèces | | 30/04/2008 | 12,00 €
Totaux 2 Chèque(s) 28,60 € 1 Espèces 12,00 € 1 CB 10,00 € 0 Virement(s) 0,00 € Global 50,60 €
Recettes liées au règlement
Id. | Date | Patient | Assuré | Praticien | Motif... | N° Facture | P... | Mt. Facturé | Mt. Reçu | Sta...
Rec-5 | 06/05/2008 | SPECIMEN CARTE Marie-amelie | SPECIMEN | PD | | 5 | C | 22,00 | 10,00 | Réglé

La liste des règlements permet de visualiser tous les règlements perçus pour une période donnée.
Un règlement peut concerner une ou plusieurs recettes.
Un clic droit sur un règlement affiche un menu contextuel qui permet de :

- modifier le règlement : seule la zone règlement peut être modifiée.
- supprimer le règlement : la ou les recettes liées au règlement sera mise à jour afin de mentionner l'impayé.

La modification et la suppression d'un règlement peuvent s'effectuer uniquement si le règlement n'a pas été transféré en comptabilité.
La colonne Icône contient une image indiquant le type de payeur du règlement :

- réglé par le patient ou son payeur.
- règlement issu d'une autre recette (bouton Autre recette depuis le Navigateur).
- réglé par un organisme.

Vous pouvez modifier la liste, la taille et l'ordre des colonnes de cette liste (voir Personnalisation des listes).

Permet de saisir une période, afin d'afficher les règlements contenus dans cette période.
Un clic sur la flèche au bout de chacun des champs permet d'afficher un calendrier afin de sélectionner une date.

Afficher les prestations de tous les praticiens
Permet de visualiser les règlements de tous les praticiens utilisant le logiciel et pour la période indiquée.

Lorsque la case n'est pas cochée seuls les règlements du praticien en cours sont affichés.
En fonction de votre paramétrage dans les préférences, la case peut être cochée par défaut.

Permet de valider les critères de recherches : la période et l'affichage des prestations pour tous les praticiens.
A chaque modification de période ou lorsque la case à cocher Afficher les prestations de tous les praticiens est cochée ou décochée un clic sur cette flèche permet de valider la modification.

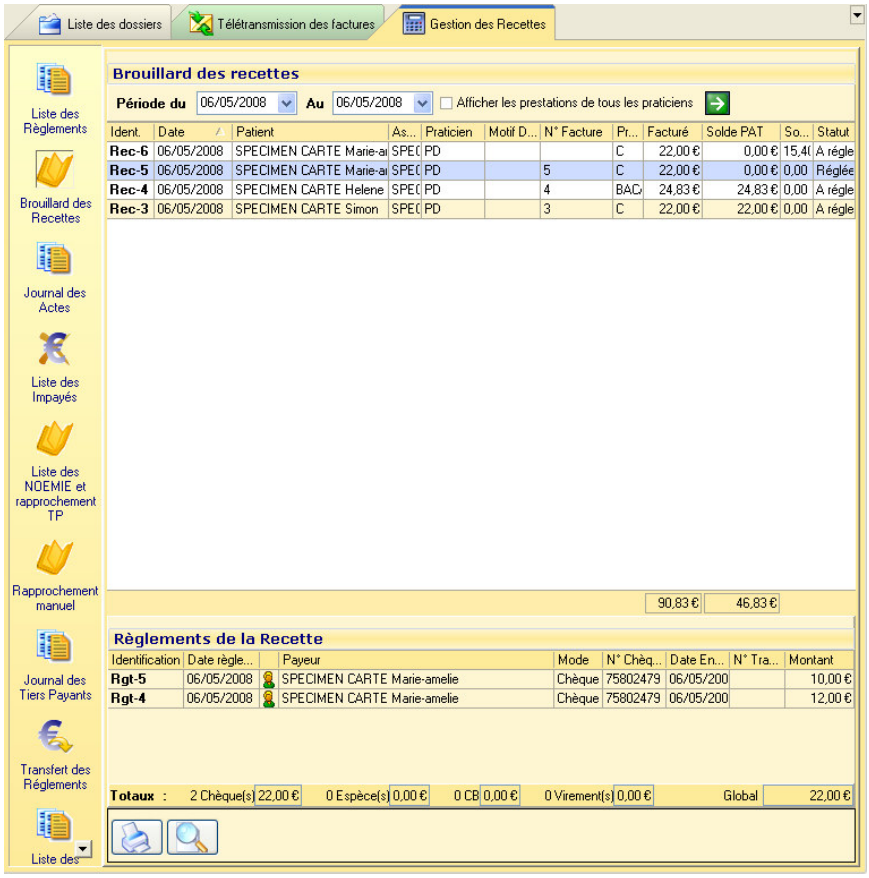
Filtrer par
Permet de filtrer les règlements selon le mode de paiement. Par défaut, tous les types de règlement sont affichés.

Totaux
Permet de connaître par mode de règlement le montant perçu et la quantité de règlement perçu.
Le montant global des règlements perçus pour la période est affiché à droite.

Recettes liées au règlement
Liste les recettes liées au règlement sélectionné dans la partie du haut.

Impression
Possibilité d'imprimer ou d'afficher un aperçu avant impression des lignes de règlements uniquement.

13.3.c. Brouillard des recettes


Liste des dossiers
Télétransmission des factures
Gestion des Recettes
Liste des Règlements
Brouillard des Recettes
Journal des Actes
Liste des Impayés
Liste des NOEMIE et rapprochement TP
Rapprochement manuel
Journal des Tiers Payants
Transfert des Réglements
Liste des
Brouillard des recettes
Période du 06/05/2008 Au 06/05/2008 Afficher les prestations de tous les praticiens
Ident. Date Patient As... Praticien Motif D... N° Facture Pr... Facturé Solde PAT So... Statut
Rec-6 06/05/2008 SPECIMEN CARTE Marie-ai SPEC PD C 22,00 € 0,00 € 15,4(A régle
Rec-5 06/05/2008 SPECIMEN CARTE Marie-ai SPEC PD 5 C 22,00 € 0,00 € 0,00 Réglée
Rec-4 06/05/2008 SPECIMEN CARTE Helene SPEC PD 4 BAC 24,83 € 24,83 € 0,00 A régle
Rec-3 06/05/2008 SPECIMEN CARTE Simon SPEC PD 3 C 22,00 € 22,00 € 0,00 A régle
90,83 € 46,83 €
Règlements de la Recette
Identification Date règle... Payeur Mode N° Chèq... Date En... N° Tra... Montant
Rgt-5 06/05/2008 SPECIMEN CARTE Marie-amelie Chèque 75802479 06/05/200 10,00 €
Rgt-4 06/05/2008 SPECIMEN CARTE Marie-amelie Chèque 75802479 06/05/200 12,00 €
Totaux : 2 Chèque(s) 22,00 € 0 Espèce(s) 0,00 € 0 CB 0,00 € 0 Virement(s) 0,00 € Global 22,00 €

Un clic sur cet icône permet d'afficher dans la partie de droite le brouillard des recettes.
Le brouillard des recettes contient toutes les recettes réalisées.
Ces recettes peuvent avoir des statuts différents :

- A régler PAT : la recette est en attente du règlement par le patient. La recette peut avoir été réglée partiellement.
- A régler TP : la recette est en attente de règlement par un ou plusieurs tiers payeurs. Elle peut avoir reçu une partie du montant attendu.
- A régler : la recette est en attente d'un règlement par un ou plusieurs tiers payeurs et une partie est due par le patient également.

- Réglé : la recette est soldée.

Un clic sur une recette permet de visualiser les règlements perçus dans la zone Règlements de la recette.
Un clic droit sur une recette permet d'afficher un menu contextuel afin de modifier la recette, de la supprimer, seules les recettes n'ayant pas de règlement transféré en comptabilité peuvent être supprimées. La suppression de la recette supprime tous les éléments (impayés en cours et/ou règlements perçus).

- réaffecter la recette à un autre praticien.

La liste, la taille et l'ordre des colonnes peuvent être modifiés (voir Personnalisation des listes).

Permet de saisir une période, afin d'afficher les recettes contenues dans cette période.
C'est la date de la prestation qui est prise en compte dans le critère de la recherche et non pas la date de règlement.
Un clic sur la flèche au bout de chacun des champs permet d'afficher un calendrier afin de sélectionner une date.

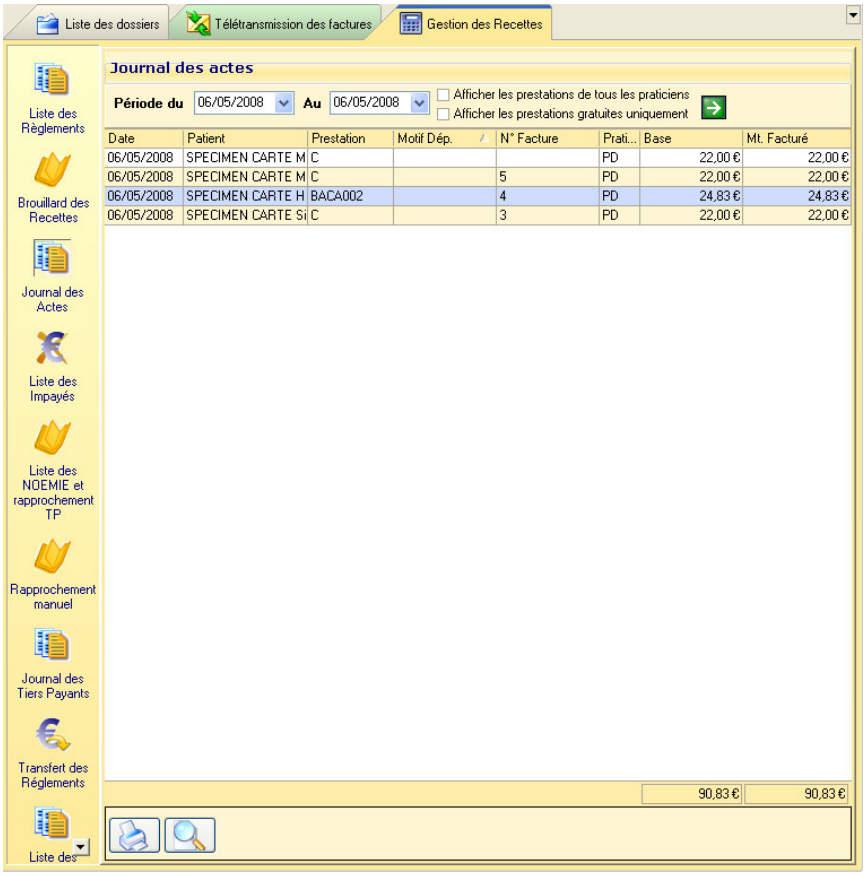
Afficher les prestations de tous les praticiens
Permet de visualiser les recettes de tous les praticiens utilisant le logiciel et pour la période indiquée.
Lorsque la case n'est pas cochée seules les recettes du praticien en cours sont affichées.
En fonction du paramétrage dans les préférences, la case peut être cochée par défaut.

Permet de valider les critères de recherches : la période et l'affichage des prestations pour tous les praticiens.
A chaque modification de période ou lorsque la case à cocher Afficher les prestations de tous les praticiens est cochée ou décochée un clic sur cette flèche permet de valider la modification.

Règlements de la recette
Permet de visualiser tous les règlements perçus pour la recette sélectionnée dans la partie du haut.
Un clic droit dans la zone permet de modifier le règlement, d'ajouter un règlement (si la recette sélectionnée n'a pas un statut Réglée) ou de supprimer un règlement. La modification et la suppression d'un règlement peut s'effectuer uniquement si le règlement n'a pas été transféré en comptabilité.
Lors de la suppression d'un règlement, le solde de la recette est incrémenté du montant du règlement supprimé.

Impression
Possibilité d'imprimer ou d'afficher un aperçu avant impression des lignes de recettes uniquement.

13.3.d. Journal des actes


Liste des dossiers
Télétransmission des factures
Gestion des Recettes
Liste des Règlements
Brouillard des Recettes
Journal des Actes
Liste des Impayés
Liste des NOEMIE et rapprochement TP
Rapprochement manuel
Journal des Tiers Payants
Transfert des Réglements
Liste des
Journal des actes
Période du 06/05/2008 Au 06/05/2008
Afficher les prestations de tous les praticiens
Afficher les prestations gratuites uniquement
Date Patient Prestation Motif Dép. N° Facture Prati... Base Mt. Facturé
06/05/2008 SPECIMEN CARTE M C PD 22,00 € 22,00 €
06/05/2008 SPECIMEN CARTE M C 5 PD 22,00 € 22,00 €
06/05/2008 SPECIMEN CARTE H BACA002 4 PD 24,83 € 24,83 €
06/05/2008 SPECIMEN CARTE Si C 3 PD 22,00 € 22,00 €
90,83 € 90,83 €

Un clic sur cet icône permet d'afficher dans la partie de droite le journal des actes.
Le journal des actes contient tous les actes ayant donné lieu à une recette pour une période donnée.
La liste, la taille et l'ordre des colonnes peuvent être modifiés (voir Personnalisation des listes).

Permet de saisir une période, afin d'afficher les actes contenus dans cette période.
Un clic sur la flèche au bout de chacun des champs permet d'afficher un calendrier afin de sélectionner une date.

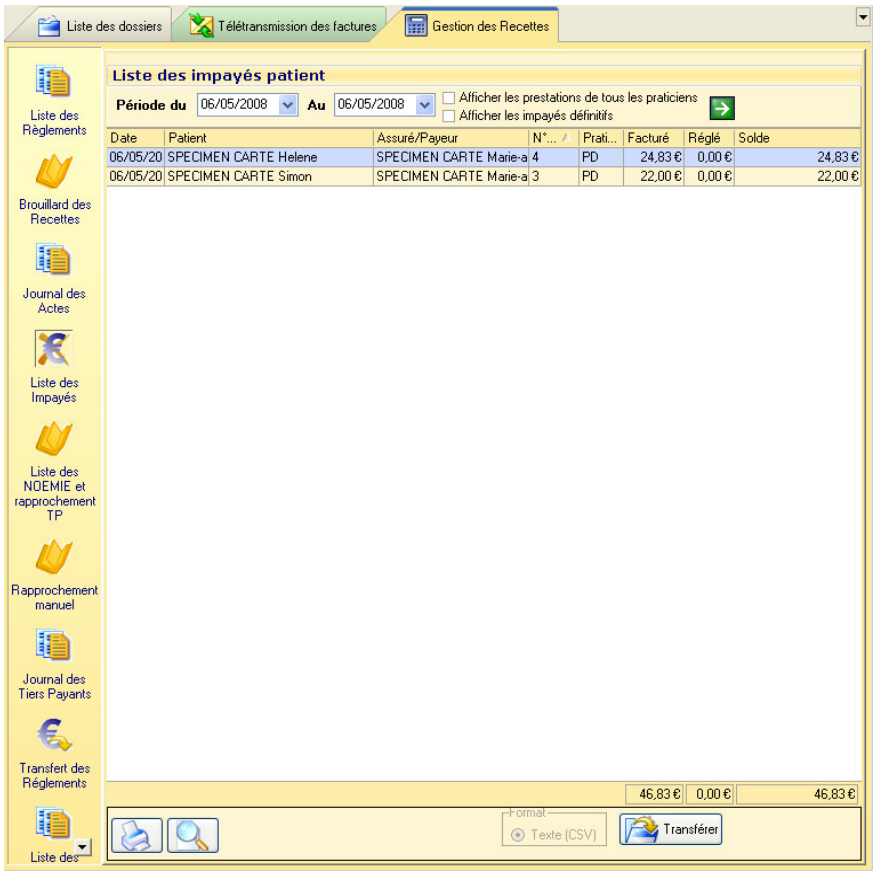
Afficher les prestations de tous les praticiens
Permet de visualiser les recettes de tous les praticiens utilisant le logiciel et pour la période indiquée.
Lorsque la case n'est pas cochée seules les recettes du praticien en cours sont affichées.
En fonction du paramétrage dans les préférences, la case peut être cochée par défaut.

Afficher les prestations gratuites uniquement
Cette case permet d'afficher uniquement les prestations effectuées avec la mention Prestation gratuite (voir la Recette à la section prestation gratuite).

Permet de valider les critères de recherches : la période et l'affichage des prestations pour tous les praticiens.
A chaque modification de période ou lorsque la case à cocher Afficher les prestations de tous les praticiens est cochée ou décochée un clic sur cette flèche permet de valider la modification.

Impression
Possibilité d'imprimer ou d'afficher un aperçu avant impression de la liste des recettes affichées.

13.3.e. Liste des impayés


Liste des dossiers
Télétransmission des factures
Gestion des Recettes
Liste des Règlements
Brouillard des Recettes
Journal des Actes
Liste des Impayés
Liste des NOEMIE et rapprochement TP
Rapprochement manuel
Journal des Tiers Payants
Transfert des Réglements
Liste des
Liste des impayés patient
Période du 06/05/2008 Au 06/05/2008
Afficher les prestations de tous les praticiens
Afficher les impayés définitifs
Date Patient Assuré/Payeur N°... Prati... Facturé Réglé Solde
06/05/20 SPECIMEN CARTE Helene SPECIMEN CARTE Marie-a 4 PD 24,83 € 0,00 € 24,83 €
06/05/20 SPECIMEN CARTE Simon SPECIMEN CARTE Marie-a 3 PD 22,00 € 0,00 € 22,00 €
46,83 € 0,00 € 46,83 €
Format
Texte (CSV)
Transférer

La liste des impayés permet de visualiser toutes les recettes en attentes d'un règlement patient.
Un clic droit sur une recette permet de :

- modifier une recette afin d'ajouter un règlement à la recette.
- supprimer la recette : la suppression d'une recette supprime toute la recette. Si des règlements ont été perçus ils seront supprimés également.
- passer en impayé définitif la recette : dans le cas où le patient ne règlera jamais la recette. La recette apparaitra uniquement lorsque la case à cocher Afficher les impayés définitifs est cochée.

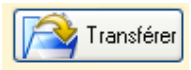
La liste, la taille et l'ordre des colonnes peuvent être modifiés (voir Personnalisation des listes).

Permet de saisir une période, afin d'afficher les recettes en attentes d'un règlement, contenues dans cette période.
C'est la date de facturation qui est prise en compte dans le critère de la recherche.
Un clic sur la flèche au bout de chacun des champs permet d'afficher un calendrier afin de sélectionner une date.

Afficher les prestations de tous les praticiens
Permet de visualiser les recettes en attente de paiement de tous les praticiens utilisant le logiciel et pour la période indiquée.
Lorsque la case n'est pas cochée seules les recettes impayées du praticien en cours sont affichées.
En fonction du paramétrage dans les préférences, la case peut être cochée par défaut.

Permet de valider les critères de recherches : la période et l'affichage des prestations pour tous les praticiens.
A chaque modification de période ou lorsque la case à cocher Afficher les prestations de tous les praticiens est cochée ou décochée un clic sur cette flèche permet de valider la modification.

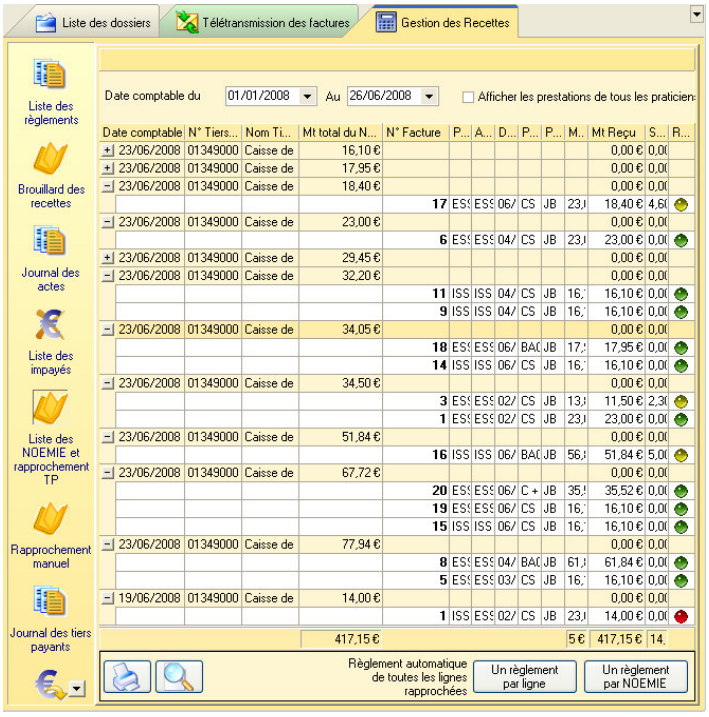
Totaux
Mentionne le montant total Facturé, le montant total réglé et le montant total du solde.



Un clic sur ce bouton permet d'exporter la liste des impayés dans le format CVS à l'emplacement défini dans les préférences.

Impression
Possibilité d'imprimer ou d'afficher un aperçu avant impression des lignes de recettes impayées.

13.3.f. Liste des NOEMIE & rapprochement TP


Liste des dossiers
Télétransmission des factures
Gestion des Recettes
Liste des règlements
Brouillard des recettes
Journal des actes
Liste des impayés
Liste des NOEMIE et rapprochement TP
Rapprochement manuel
Journal des tiers payants
Date comptable du 01/01/2008 Au 26/06/2008
Afficher les prestations de tous les praticien
Règlement automatique de toutes les lignes rapprochées
Un règlement par ligne
Un règlement par NOEMIE

La liste des NOEMIE et rapprochement TP permet de visualiser la liste des retours NOEMIE mis en relation avec les recettes en attente de paiement de la part des tiers payeurs. Les recettes en attentes de paiement par un tiers payeur se trouvent dans l'écran Rapprochement manuel.
Un clic sur + permet d'afficher le détail du retour NOEMIE.
Une diode en bout de ligne indique l'état du rapprochement :

- rapprochement complet (la somme versé est conforme à celle attendue)
- rapprochement partiel (la somme est inférieure à celle attendue)
- rapprochement impossible, un rapprochement manuel ou la création d'une recette est nécessaire.

Un clic droit sur un retour NOEMIE permet de :

- Valider l'intégralité du virement : permet de valider le paiement total du retour NOEMIE. Une ligne de règlement apparaît dans la liste des règlements et dans la recette.
- Supprimer le virement NOEMIE. Seul le virement sera supprimé, si le virement a été rapproché avec une ligne de Rapprochement manuel la ligne dans Rapprochement manuel ne sera pas supprimée.

Un clic droit sur une ligne de détail d'un retour NOEMIE permet de :

- Solder la recette : enregistre une ligne de règlement dans la liste des règlements et dans la recette, du montant total attendu.
- Affecter le solde en impayé du patient : enregistre une ligne de règlement du montant perçu dans la liste des règlements et dans la recette et affecte le solde en impayé du patient.
- Affecter le solde en débours de l'organisme : enregistre une ligne de règlement du montant perçu dans la liste des règlements et dans la recette et affecte le solde en débours de l'organisme (ce solde est visualisable dans le journal des tiers payant).
- Affecter une recette : lorsque la diode est rouge, permet de rechercher une recette parmi les recettes présentent dans l'écran Rapprochement manuel et de l'affecter à ce retour NOEMIE.
- Créer une nouvelle recette : lorsque la diode est rouge, permet de créer une recette à partir des informations du retour NOEMIE.

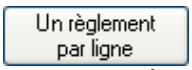
La liste, la taille et l'ordre des colonnes peuvent être modifiés (voir Personnalisation des listes).

Permet de saisir une période, afin d'afficher les retours NOEMIE contenus dans cette période.
Un clic sur la flèche au bout de chacun des champs permet d'afficher un calendrier afin de sélectionner une date.

Afficher les prestations de tous les praticiens
Permet de visualiser les retours NOEMIE de tous les praticiens utilisant le logiciel et pour la période indiquée.
Lorsque la case n'est pas cochée seuls les retours NOEMIE du praticien en cours sont affichés.
En fonction du paramétrage dans les préférences, la case peut être cochée par défaut.

Permet de valider les critères de recherches : la période et l'affichage des prestations pour tous les praticiens.
A chaque modification de période ou lorsque la case à cocher Afficher les prestations de tous les praticiens est cochée ou décochée un clic sur cette flèche permet de valider la modification.

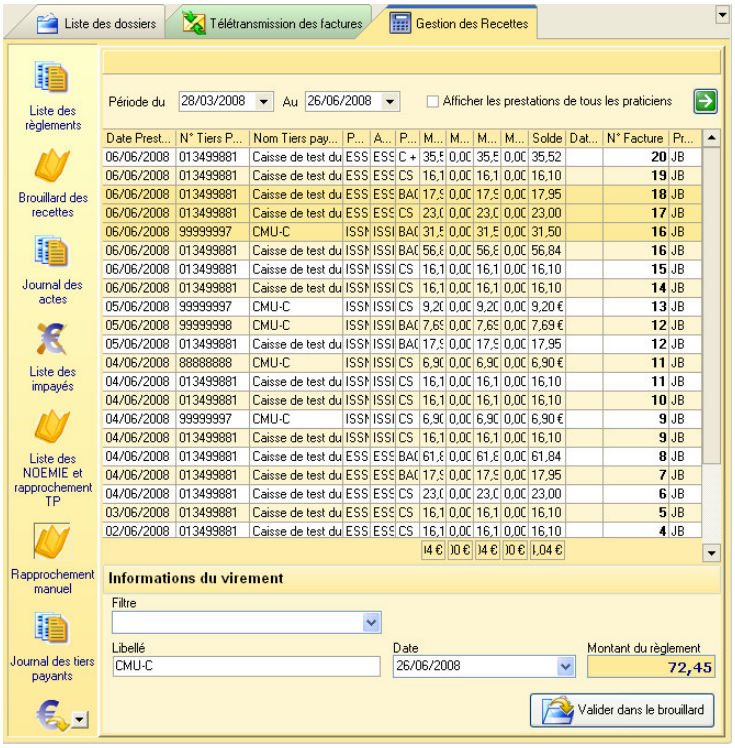
Un clic sur ce bouton crée automatiquement un règlement pour chaque entête de NOEMIE dont toutes les lignes du NOEMIE sont rapprochées complètement ou partiellement d'une ligne de recette.



Permet de créer automatiquement un règlement pour chaque ligne contenu dans le retour NOEMIE dont le rapprochement est indiqué complet ou partiel.

Impression
Possibilité d'imprimer ou d'afficher un aperçu avant impression des lignes de recettes impayées.

13.3.g. Rapprochement manuel



L'écran Rapprochement manuel permet de valider un règlement pour une ligne en attente de paiement par un tiers payeur. Cela peut-être le cas par exemple lors d'absence de retour NOEMIE pour une facture.
Un clic droit sur un tiers payant permet de :

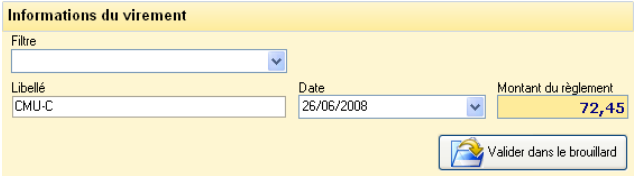
- Affecter le solde en impayé du patient : le tiers payant pour la ligne sélectionnée est supprimé et le solde est affecté en impayé du patient.
- Affecter le solde en débours de l'organisme : la somme est indiquée en débours de l'organisme dans l'écran Journal des Tiers Payants.

Vous avez la possibilité de sélectionner plusieurs lignes en maintenant la touche CTRL et en sélectionnant les lignes souhaitées. Après avoir sélectionné les lignes auxquelles vous souhaitez rapprocher un virement, renseignez la zone Informations du virement.
La liste, la taille et l'ordre des colonnes peuvent être modifiés (voir Personnalisation des listes).

Permet de saisir une période, afin d'afficher les tiers payants en attente de paiement contenus dans cette période.
Un clic sur la flèche au bout de chacun des champs permet d'afficher un calendrier afin de sélectionner une date.

Afficher les prestations de tous les praticiens
Permet de visualiser les tiers payants de tous les praticiens utilisant le logiciel et pour la période indiquée.
Lorsque la case n'est pas cochée seuls les tiers payant du praticien en cours sont affichées.
En fonction du paramétrage dans les préférences, la case peut être cochée par défaut.

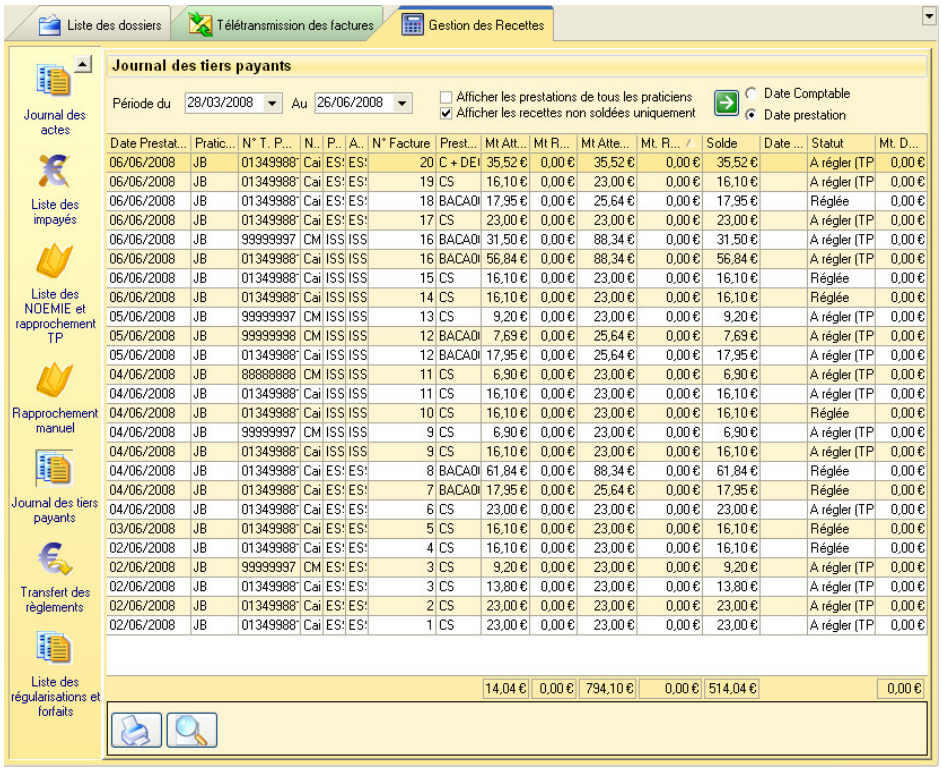
Permet de valider les critères de recherches : la période et l'affichage des prestations pour tous les praticiens.
A chaque modification de période ou lorsque la case à cocher Afficher les prestations de tous les praticiens est cochée ou décochée un clic sur cette flèche permet de valider la modification.



Cette zone permet de visualiser les éléments de la ou les lignes sélectionnées dans la liste.

Possibilité de modifier le libellé, la date du virement et le montant.
La liste déroulante Filtre, comprend tous les noms des tiers payeurs présents dans la liste au-dessus. La liste des tiers payeurs en attente se trie en fonction du nom du tiers payeur sélectionné.
Le bouton Valider dans le brouillard, enregistre le règlement dans la liste des règlements et dans la recette.

13.3.h. Journal des Tiers Payants



Le journal des tiers payant contient l'ensemble des tiers payant réalisés pour une période donnée.
La liste, la taille et l'ordre des colonnes peuvent être modifiés (voir Personnalisation des listes).

Permet de saisir une période, afin d'afficher les tiers payants contenus dans cette période.
Un clic sur la flèche au bout de chacun des champs permet d'afficher un calendrier afin de sélectionner une date.

Afficher les prestations de tous les praticiens
Permet de visualiser les tiers payants de tous les praticiens utilisant le logiciel et pour la période indiquée.
Lorsque la case n'est pas cochée seuls les tiers payant du praticien en cours sont affichées.
En fonction du paramétrage dans les préférences, la case peut être cochée par défaut.

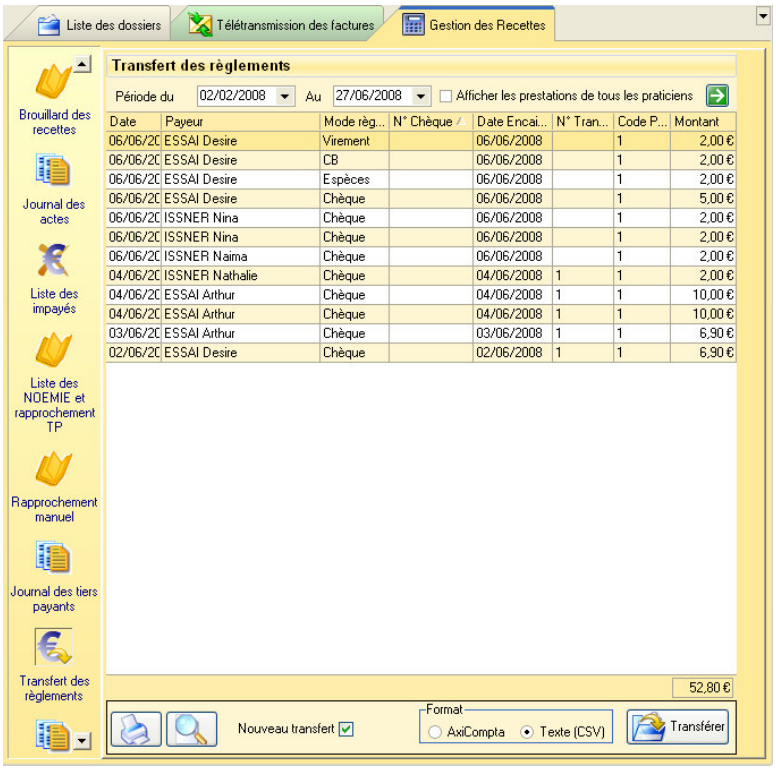
Afficher les recettes non soldées uniquement
Cette case permet d'afficher uniquement tiers payants dont la recette est en attente d'être soldé.

Permet de valider les critères de recherches : la période, l'affichage des prestations pour tous les praticiens et l'affichage des recettes soldées ou non soldées uniquement.
A chaque modification de période ou lorsque la ou les cases à cocher Afficher les prestations de tous les praticiens et Afficher les recettes non soldées uniquement sont cochées ou décochées un clic sur cette flèche permet de valider la modification.

Date Comptable et Date prestation
Sélectionnez Date prestation pour afficher l'intégralité des tiers payant dont la date de la prestation est contenue dans la période indiquée. Si Date Comptable est sélectionné, seuls les tiers payant dont un rapprochement avec une recette a été effectué sont affichés.

Impression
Possibilité d'imprimer ou d'afficher un aperçu avant impression de la liste des actes affichée.

13.3.i. Transfert des règlements


Liste des dossiers
Télétransmission des factures
Gestion des Recettes
Transfert des règlements
Brouillard des recettes
Journal des actes
Liste des impayés
Liste des NOEMIE et rapprochement TP
Rapprochement manuel
Journal des tiers payants
Transfert des règlements
Période du 02/02/2008 Au 27/06/2008 Afficher les prestations de tous les praticiens
Date | Payeur | Mode règ... | N° Chèque | Date Encai... | N° Tran... | Code P... | Montant
06/06/20 ESSAI Desire Virement 06/06/2008 1 2,00 €
06/06/20 ESSAI Desire CB 06/06/2008 1 2,00 €
06/06/20 ESSAI Desire Espèces 06/06/2008 1 2,00 €
06/06/20 ESSAI Desire Chèque 06/06/2008 1 5,00 €
06/06/20 ISSNER Nina Chèque 06/06/2008 1 2,00 €
06/06/20 ISSNER Nina Chèque 06/06/2008 1 2,00 €
06/06/20 ISSNER Naima Chèque 06/06/2008 1 2,00 €
04/06/20 ISSNER Nathalie Chèque 04/06/2008 1 1 2,00 €
04/06/20 ESSAI Arthur Chèque 04/06/2008 1 1 10,00 €
04/06/20 ESSAI Arthur Chèque 04/06/2008 1 1 10,00 €
03/06/20 ESSAI Arthur Chèque 03/06/2008 1 1 6,90 €
02/06/20 ESSAI Desire Chèque 02/06/2008 1 1 6,90 €
52,80 €
Nouveau transfert
Format
AxiCompta
Texte (CSV)
Transférer

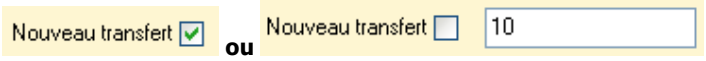
Permet de transférer vers le logiciel AxiCompta vos recettes ou de créer un fichier texte (CSV).
Le transfert des recettes s'effectue uniquement si vous avez renseigné votre N° praticien dans AxiCompta dans les préférences (voir Les préférences).
La liste, la taille et l'ordre des colonnes peuvent être modifiés (voir Personnalisation des listes).

Permet de saisir une période, afin d'afficher les règlements dont la date d'encaissement, s'il y a, est contenue dans cette période. Pour les espèces et les virements il n'y a pas de date d'encaissement.
Un clic sur la flèche au bout de chacun des champs permet d'afficher un calendrier afin de sélectionner une date.

Afficher les prestations de tous les praticiens
Permet de visualiser les règlements de tous les praticiens utilisant le logiciel et pour la période indiquée.
Lorsque la case n'est pas cochée seuls les règlements du praticien en cours sont affichés.
En fonction du paramétrage dans les préférences, la case peut être cochée par défaut.
Attention : cette case doit être cochée uniquement la comptabilité est en gestion globale, (cas d'une SCP). Dans le cas d'une SCM la case ne doit pas être cochée avant d'effectuer le transfert car le transfert doit être réaliser au nom de chaque praticien.

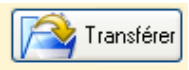
Permet de valider les critères de recherches : la période et l'affichage des prestations pour tous les praticiens.
A chaque modification de période ou lorsque la case à cocher Afficher les prestations de tous les praticiens est cochée ou décochée un clic sur cette flèche permet de valider la modification.

Impression
Possibilité d'imprimer ou d'afficher un aperçu avant impression des lignes de recettes uniquement.



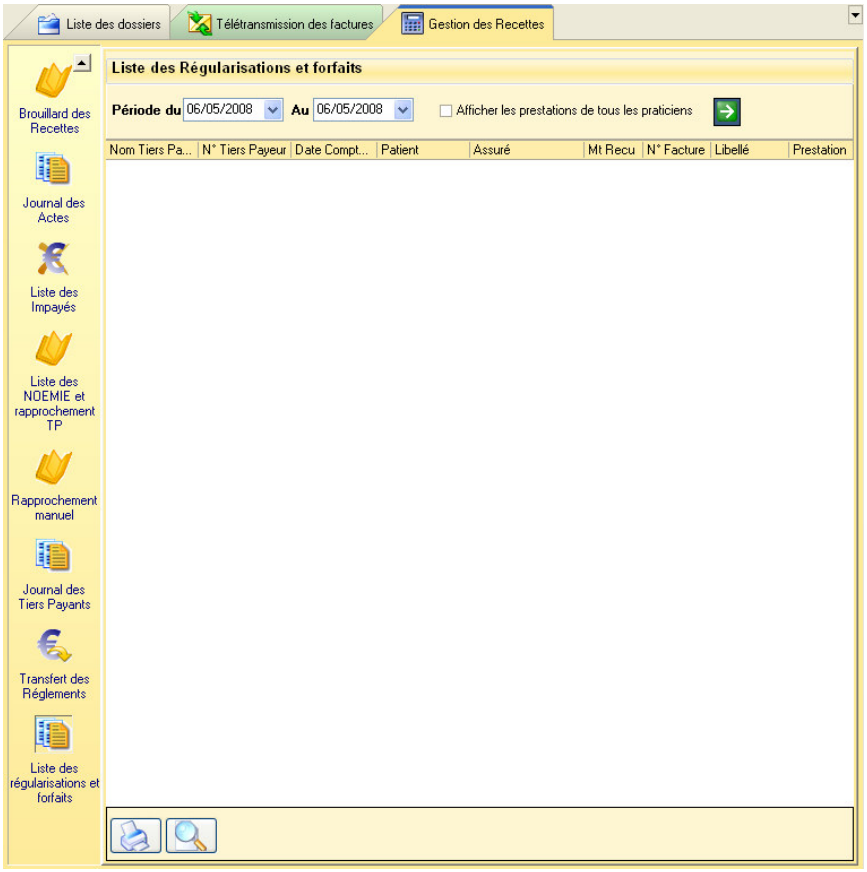
Lorsque la case est cochée cela indique qu'un nouveau transfert avec un nouveau numéro de transfert va être réalisé.
Lorsque la case est décochée cela permet d'effectuer à nouveau un transfert déjà effectué. Il suffit de mentionner le numéro du transfert dans le champ qui apparaît.

Format
Permet de sélectionner le format du transfert.
AxiCompta permet d'effectuer un transfert vers le logiciel AxiCompta.
Texte permet de un transfert dans un fichier à la norme CSV enregistré à l'emplacement défini dans les préférences.



Un clic sur ce bouton permet de transférer les recettes. Cela génère 1 ou 2 fichiers (en fonction du format de transfert) qui se trouvent à l'emplacement de l'installation de votre logiciel AxiCompta ou à l'emplacement défini dans les préférences.

13.3.j. Liste des régularisations et forfaits

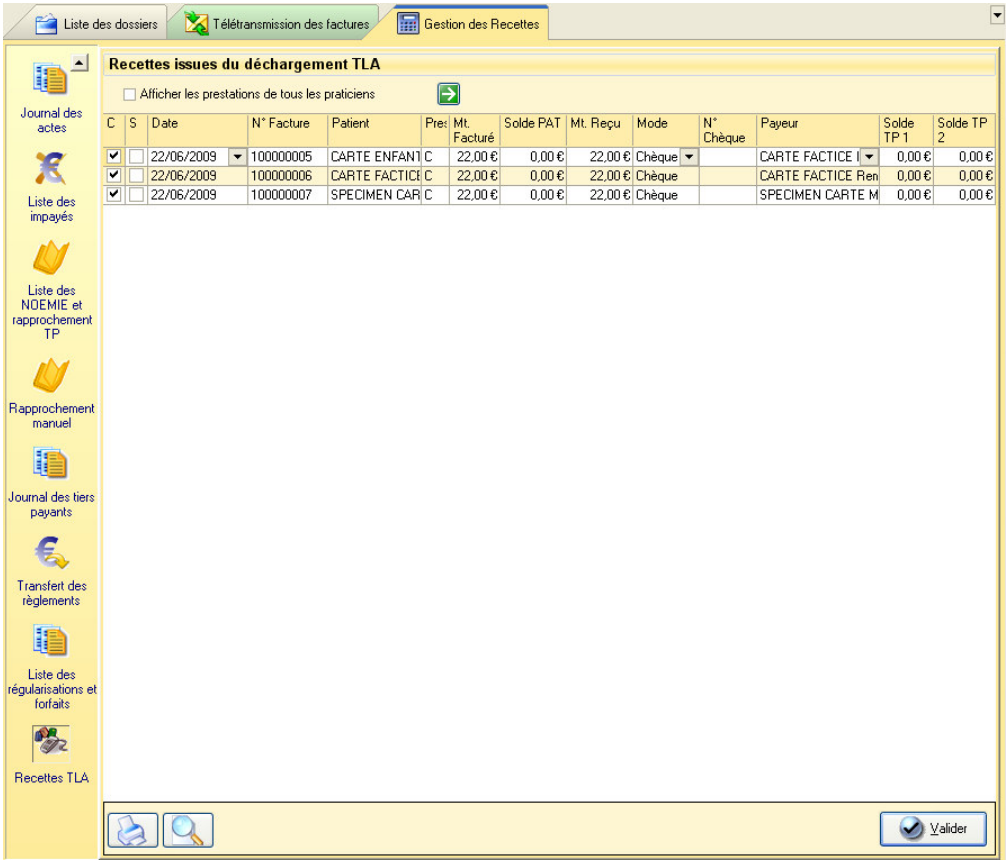


Contient la liste des régulations et forfaits reçu via un retour NOEMIE.
La liste, la taille et l'ordre des colonnes peuvent être modifiés (voir Personnalisation des listes).

Permet de saisir une période, afin d'afficher les régulations et forfaits contenus dans cette période. Un clic sur la flèche au bout de chacun des champs permet d'afficher un calendrier afin de sélectionner une date.

Afficher les prestations de tous les praticiens
Permet de visualiser les régularisations et forfaits de tous les praticiens utilisant le logiciel et pour la période indiquée.
Lorsque la case n'est pas cochée seuls les tiers payant du praticien en cours sont affichées.
En fonction du paramétrage dans les préférences, la case peut être cochée par défaut.

13.3.k. Recettes TLA


Liste des dossiers
Télétransmission des factures
Gestion des Recettes
Journal des actes
Liste des impayés
Liste des NOEMIE et rapprochement TP
Rapprochement manuel
Journal des tiers payants
Transfert des règlements
Liste des régularisations et forfaits
Recettes TLA
Recettes issues du déchargement TLA
Afficher les prestations de tous les praticiens
C S Date N° Facture Patient Pres Mt. Facturé Solde PAT Mt. Reçu Mode N° Chèque Payeur Solde TP 1 Solde TP 2
22/06/2009 100000005 CARTE ENFANT C 22,00 € 0,00 € 22,00 € Chèque CARTE FACTICE I 0,00 € 0,00 €
22/06/2009 100000006 CARTE FACTICE C 22,00 € 0,00 € 22,00 € Chèque CARTE FACTICE Ren 0,00 € 0,00 €
22/06/2009 100000007 SPECIMEN CAR C 22,00 € 0,00 € 22,00 € Chèque SPECIMEN CARTE M 0,00 € 0,00 €
Valider

Contient la liste des recettes générées automatiquement lors du déchargement des données TLA à partir de l'onglet Télétransmission du Navigateur voir le manuel AxiAM 1.40.
La liste, la taille et l'ordre des colonnes peuvent être modifiés (voir Personnalisation des listes).

Afficher les prestations de tous les praticiens
Permet de visualiser les recettes TLA de tous les praticiens utilisant le logiciel et pour la période indiquée.
Lorsque la case n'est pas cochée seules les recettes TLA du praticien en cours sont affichées.
En fonction du paramétrage dans les préférences, la case peut être cochée par défaut.

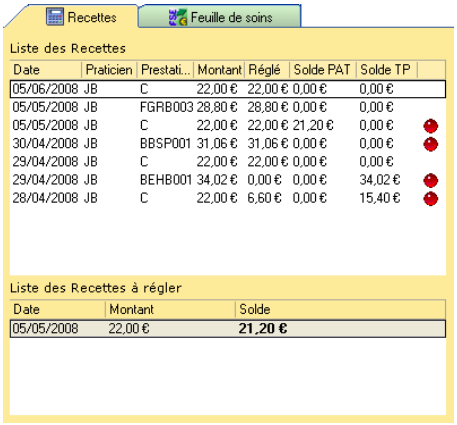
C
La case C cochée permet de créer la recette.

S
La case S cochée permet de supprimer la recette.

Permet de modifier les données liées à la Date de la recette, le mode de paiement et le nom du payeur.

Permet de créer ou de supprimer les recettes cochées avec les données modifiées.

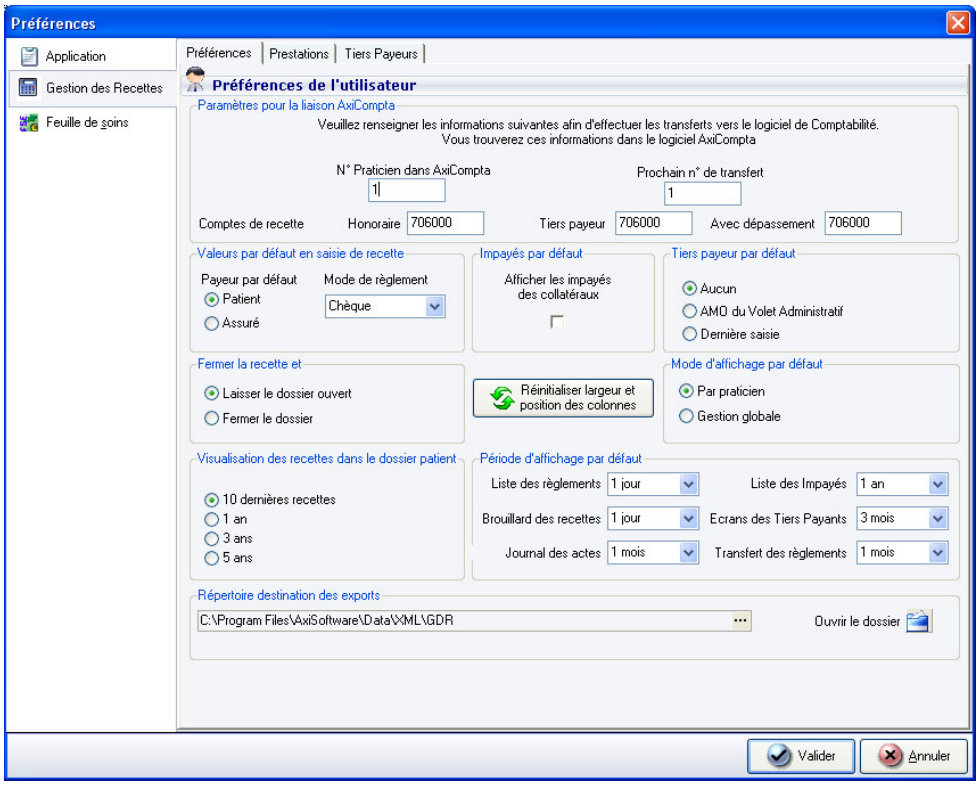
13.3.l. Le Visualisateur, onglet Recettes



L'onglet Recette affiche toutes les recettes du patient. L'affichage dépend de vos préférences, par défaut il affiche les 10 dernières (voir Les préférences).
La partie du haut liste les recettes. Une diode rouge indique que la recette n'a pas reçu de règlement ou à un règlement partiel.
Les colonnes Solde PAT et Solde TP indiquent respectivement les montants en attente de règlement par le patient ou par un Tiers Payeur.
Un clic droit sur une recette affiche un menu contextuel afin d'ajouter, de modifier, de visualiser ou de supprimer une recette.
La partie du bas liste les recettes en impayés du patient. Le solde restant à régler est indiqué en gras.

13.3.m. Les préférences

Préférences de l'utilisateur



Paramètres pour la liaison AxiCompta

N° Praticien dans AxiCompta
Indiquez dans ce champ le numéro qui vous est attribué dans le logiciel AxiCompta.
Si le champ n'est pas renseigné l'accès au transfert des recettes est refusé.

Pour connaître votre numéro en comptabilité, ouvrez le logiciel AxiCompta, sélectionnez votre nom dans la barre des menus puis Fichier des utilisateurs. Le numéro de praticien est celui qui précède votre nom.

Prochain n° de transfert
Il s'agit du prochain numéro de transfert vers le logiciel AxiCompta. Ce champ est modifiable par un numéro strictement supérieur à celui indiqué. Ce paramétrage est utile pour les anciens utilisateurs des logiciels AxiRecette et AxiSanté4.
Par défaut, à l'installation du logiciel, ce numéro est à 1.

Comptes de recette
Par défaut le numéro de compte mentionné est 706000.
Honoraire : indiquez dans ce champ le numéro du compte de recette dans lequel vous souhaitez intégrer vos recettes standard.
Tiers payeur : indiquez dans ce champ le numéro de compte de recette dans lequel vous souhaitez intégrer les règlements perçus suite à un tiers payant.
Avec dépassement : indiquez le numéro de compte si vous souhaitez distinguer dans votre comptabilité les recettes ayant un motif de dépassement.

Valeurs par défaut en saisie de recette

Payeur par défaut
Sélectionnez le payeur par défaut qui sera indiqué lors de la réalisation de la recette. Vous avez le choix entre le patient lui-même ou son assuré. Les Payeurs définis dans le volet administratif des dossiers patient sont considérés comme des exceptions et sont donc prioritaires sur ce réglage (voir Définir le payeur d'un patient).

Mode de règlement
Permet de définir un mode de règlement sélectionné par défaut lors de la réalisation d'une recette.
Le mode de règlement sélectionné sera utilisé par défaut à l'utilisation du bouton Valider et régler lors de la création d'une Feuille de Soins Electronique (voir Présentation du 2ème écran de création de la facture).
4 choix sont disponibles : Chèque, Espèce, Carte Bleue ou Virement.

Impayés par défaut
Permet d'afficher les impayés des collatéraux dans l'écran de création d'une recette.

Tiers payeur par défaut
Permet de définir le tiers payeur proposé par défaut dans l'écran de création d'une recette.
3 choix sont disponibles : Aucun, AMO du volet administratif ou Dernière saisie.

Fermer la recette et...
Permet de définir si à la validation de la recette le dossier patient doit rester ouvert ou bien se fermer.

Réinitialiser largeurs et positions des colonnes
Réinitialise l'affichage des toutes les colonnes du module Gestion des recettes.

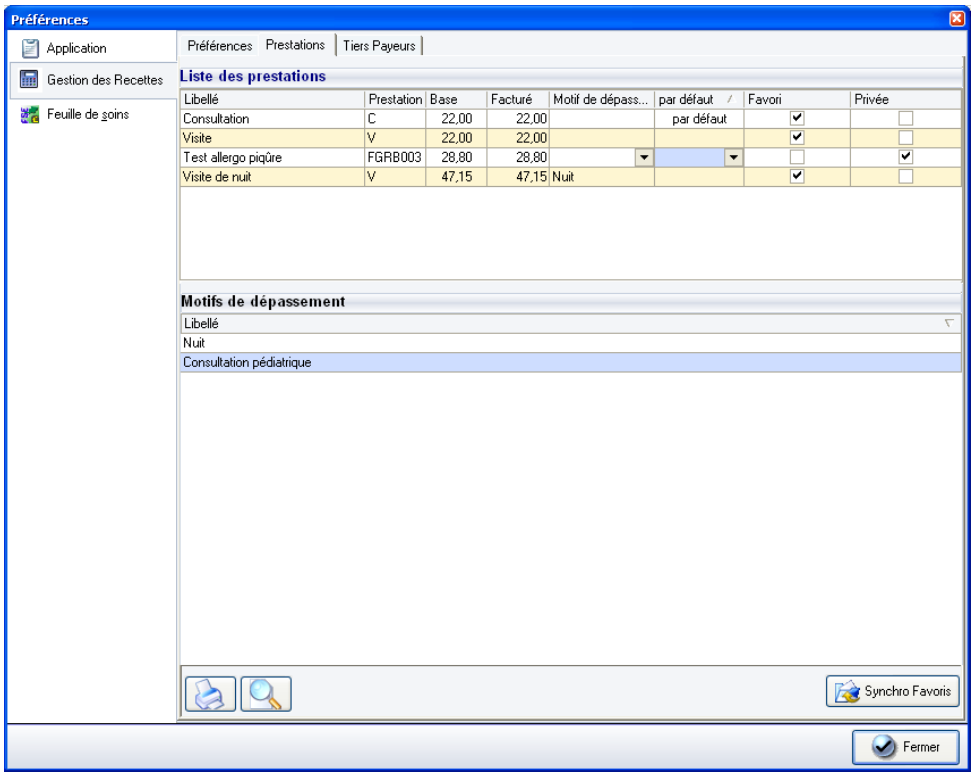
Mode d'affichage par défaut
Permet d'afficher les recettes soit par praticien soit en gestion globale (affichage de tous les éléments de tous les praticiens du cabinet).

Visualisation des recettes dans le dossier patient
Permet de choisir la quantité de recettes du patient à afficher dans l'onglet Recette du Visualisateur.
4 choix possibles : 10 dernières recettes, 1 an, 3 ans et 5 ans.

Période d'affichage par défaut
Permet de choisir une période par défaut pour les écrans de la gestion des recettes.
4 choix disponibles : 1 jour, 1 mois, 3 mois et 1 an.

Répertoire destination des exports
Permet de définir l'emplacement par défaut pour l'exportation des données lors des transferts effectués depuis la Liste des impayés ou le Transfert des règlements.

Prestations



Liste des prestations

Permet de créer des prestations qui seront accessibles depuis l'écran de saisie de recette.

Un clic droit dans la liste des prestations permet d'ajouter, de supprimer une prestation ou d'afficher les motifs de dépassement.

Lorsqu'AxiAM est présent, un bouton Synchro Favoris permet de récupérer les favoris déjà paramétrés pour les factures électroniques.

Un seul acte peut être mis Par défaut. Cet acte apparaîtra automatiquement dans le champ Prestation lors de la création d'une recette libre.

Possibilité de cocher la case Favori afin de créer une liste succincte qui intègre les actes les plus couramment utilisés.

Lorsque la case Privée est cochée cela indique que la prestation ne sera pas visible aux autres utilisateurs du logiciel.

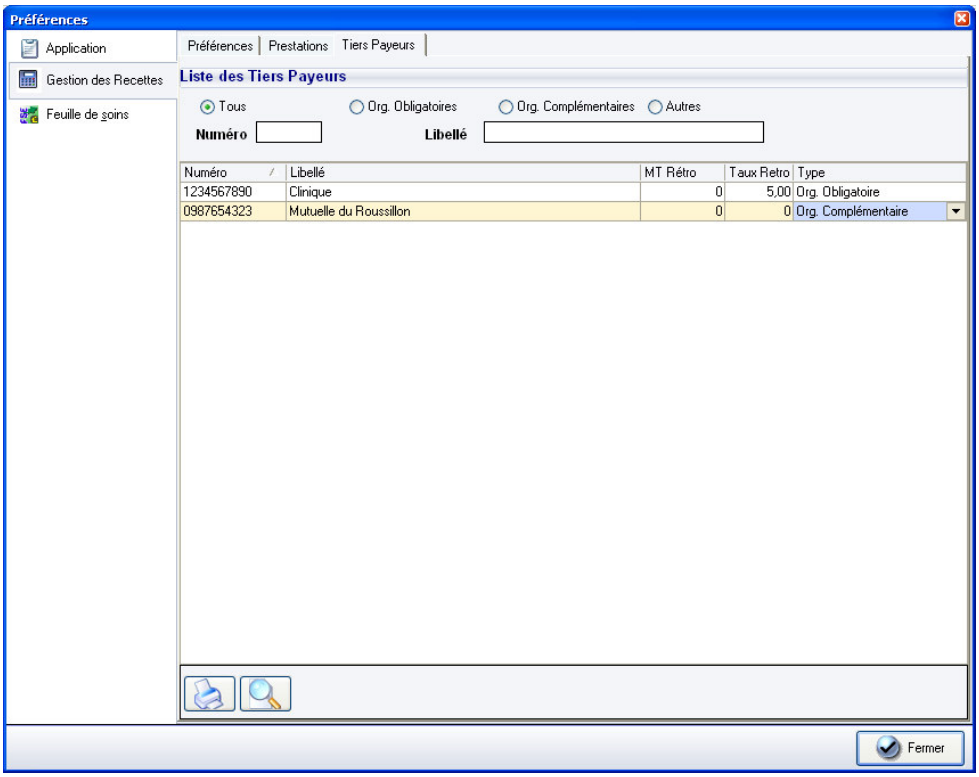
Possibilité de visualiser la liste en aperçu et de l'imprimer.

Motifs de dépassement

Permet de créer une liste de motif de dépassement (Secteur 2, Honoraires libres…).

Un clic droit affiche un menu contextuel afin d'ajouter un motif ou de le supprimer.

Tiers Payeurs



Liste des Tiers Payeurs

Permet de créer des Tiers payeurs qui seront accessibles depuis l'écran de saisie de recette.
Possibilité de filtrer les Tiers Payeurs affichés par type (Orge. Obligatoire, Complémentaire ou Autres), numéro ou Libellé.
Un clic droit dans la liste des tiers payeurs permet d'ajouter ou de supprimer un Tiers Payeurs.
Pour chaque Tiers Payeur ajouté il peut être mentionné :

- un numéro,
- un libellé,
- un montant de rétrocession (montant rétrocédé à l'organisme ou à une clinique par exemple),
- un taux de rétrocession (pourcentage du montant facturé qui sera rétrocédé à l'organisme ou à une clinique par exemple),
- un type (Obligatoire, Complémentaire et Autre).

Possibilité de visualiser la liste en aperçu et de l'imprimer.

13.4. Le règlement

13.4.a. Suite à une Facture électronique

Réaliser la facture électronique comme décrit au chapitre Créer une Facture sécurisée.

Après la validation de la facture électronique si un montant reste à la charge du patient la fenêtre de recette apparaît automatiquement.

La zone Eléments de facturation est pré remplie vous ne pouvez pas la modifier, car les éléments sont issus de la facture électronique.

- Cochez ou décochez les cases afin de sélectionner un impayé antérieur si besoin.
- Cliquez sur la flèche du champ Dépassement si vous souhaitez ajouter une mention particulière à la recette (secteur 2 ou autre…), sinon laissez le champ vide.
- Saisissez le nom du payeur s'il est différent de celui indiqué.
- Sélectionnez le mode de règlement et si besoin le N° de chèque et la date d'encaissement.
- Cliquez sur Valider afin d'enregistrer la recette et son règlement.

13.4.b. Suite à un retour NOEMIE

- Sélectionnez l'onglet Télétransmission des factures du Navigateur.
- Sélectionnez Journal NOEMIE.
- Indiquez une période.
- Cliquez sur Transférer NOEMIE vers Gestion des Recettes.
- Cliquez sur OK au message d'information qui apparaît.
- Sélectionnez l'onglet Gestion des Recettes du Navigateur.
- Sélectionnez Liste des NOEMIE et rapprochement TP.
- Indiquez une période identique à celle saisie dans le Journal NOEMIE.
- Cliquez sur Un règlement par NOEMIE ou Un règlement par ligne pour effectuer un rapprochement automatique des retours NOEMIE avec les tiers payant en attente d'être soldé.

Le paiement du retour NOEMIE est intégré à la recette dans le brouillard des recettes et à la liste des règlements.

13.4.c. Libre

L'ouverture d'une recette peut s'effectuer de trois manières différentes. La saisie de la recette s'effectuera de la même manière.

1ère méthode
Depuis le navigateur

- Sélectionnez le dossier d'un patient.
- Cliquez sur le bouton Nouvelle recette au bas de l'écran.

2ème méthode
Depuis le navigateur

- Sélectionnez le dossier d'un patient.
- Cliquez sur l'onglet Recette.
- Effectuez un clic droit et sélectionnez Nouvelle recette.

3ème méthode
Depuis le dossier du patient

- Cliquez sur Recette dans la barre des menus.

La saisie de la recette

- Cochez ou décochez les cases afin de sélectionner un impayé antérieur si besoin.
- Sélectionnez une prestation en utilisant la flèche à droite ou saisir une prestation au clavier, avec son montant de base et son montant facturé.
- Cochez la case tiers payant si un tiers payant doit être appliqué, sélectionnez le nom des tiers payeurs et renseigner soit le taux de prise en charge soit le montant de prise en charge.
- Renseignez le nom du payeur, la date d'encaissement et le mode de règlement.
- Cliquez sur Multi règlement si le patient vous règle en plusieurs fois et saisissez le nouveau règlement, sinon cliquez sur Valider afin d'enregistrer le règlement.

13.4.d. Partiel

Depuis la création d'une recette

- Modifier le Montant du règlement de la zone Saisie du règlement

Un solde apparaît.

- Cliquez sur Valider.

A partir du brouillard des recettes ou de la liste des impayés vous avez la possibilité d'ajouter un nouveau règlement pour cette recette.

13.4.e. Multiples

Lorsque le patient paye la recette en plusieurs règlements ou avec différents modes de règlement.

Depuis la création de la recette

- Saisissez dans Montant du règlement le montant perçu pour le premier règlement.
- Saisissez les informations nécessaires à ce mode de règlement si besoins le N° de chèque, la date d'encaissement.
- Cliquez sur Multi-règlement.

Le premier règlement est mémorisé, le nouvel onglet 1 règlement(s) s'affiche.

Vous pouvez faire de même pour chaque règlement.

- Cliquez sur Valider afin d'enregistrer le dernier règlement.

L'ensemble des règlements est mémorisé.

13.4.f. Autre recette : patient de passage

Vous avez la possibilité de créer une recette sans sélectionner de dossier patient.

- Cliquez sur

au bas du Navigateur.
- Sélectionnez Patient de passage dans le cadre Origine de la recette.
- Renseignez la zone Patient, les éléments de facturation et le règlement.
- Cliquez sur Valider.

Aucun impayé ne peut être effectué sur une recette pour un patient de passage, il vous faut obligatoirement saisir un dossier patient.

13.4.g. Autre recette : Règlement Organisme

Lorsque vous recevez un paiement d'un organisme (CPAM, Mutuelles…) pour des recettes que vous n'avez pas saisies et que vous n'avez pas reçu de retour NOEMIE, vous avez la possibilité de saisir ce règlement depuis l'écran Autre recette.

- Cliquez sur

au bas du Navigateur.
- Sélectionnez Règlement Organisme dans le cadre Origine de la recette.
- Renseignez la zone Règlement.
- Cliquez sur Valider.

Aucun impayé ne peut être effectué sur un règlement organisme.

13.5. Les impayés

13.5.a. Créer un impayé

Depuis la création d'une recette

- Modifiez le Montant du règlement de la zone Règlement.

Un solde apparaît.

- Cliquez sur Valider.

13.5.b. Ajouter un règlement à une recette

Vous avez la possibilité d'ajouter un règlement à une recette depuis : l'onglet recette du visualisateur, le brouillard des recettes ou la liste des impayés au choix.

Depuis l'onglet Recette du visualisateur

- Effectuez un clic droit sur la ligne de la recette.
- Sélectionnez Ajouter un règlement.
- Saisissez dans le champ Montant du règlement le montant perçu avec son mode de règlement, sa date d'encaissement et le N°chèque si besoin.
- Cliquez sur Valider ou sur Multi règlement dans le cas de la saisie de plusieurs règlements.

Depuis le brouillard des recettes

- Recherchez et sélectionnez la recette.
- Effectuez un clic droit dans la zone Règlements de la recette et sélectionnez Ajouter un règlement.
- Saisissez dans le champ Montant du règlement le montant perçu avec son mode de règlement, sa date d'encaissement et le N°chèque si besoin.
- Cliquez sur Valider ou sur Multi règlement dans le cas de la saisie de plusieurs règlements.

Depuis la liste des impayés

- Recherchez la recette.
- Effectuez un clic droit sur la recette et sélectionnez Ajouter un règlement.
- Saisissez dans le champ Montant du règlement le montant perçu avec son mode de règlement, sa date d'encaissement et le N°chèque si besoin.
- Cliquez sur Valider ou sur Multi règlement dans le cas de la saisie de plusieurs règlements.

13.5.c. Générer un impayé définitif

Lorsque vous êtes sûr qu'un patient ne vous règlera pas une recette, ou le restant dû de cette recette, vous avez la possibilité de mentionner la recette comme un impayé définitif.

Cette recette n'apparaitra plus dans la liste des impayés. Elle apparaitra dans l'onglet Recette avec la mention A pour Abandon.

Vous ne pourrez plus ajouter de règlement à cette recette.

Cette opération est irréversible.

Depuis la liste des impayés

- Recherchez la recette.
- Effectuez un clic droit sur la recette et sélectionnez Passez en impayé définitif.

La ligne disparait de la liste des impayés.

13.6. Les rétrocessions

Une rétrocession est une somme (définit par un montant ou un taux) reversé à un organisme, clinique, etc… pour chaque facturation à cet organisme ou à cette clinique. Lorsque le montant ou le taux est définit dans le paramétrage (voir Tiers Payeurs), le calcul de la rétrocession s'effectue automatiquement dans le journal des tiers payant.

13.6.a. Créer un Tiers Payeur avec rétrocession

Depuis la fenêtre des Préférences (CTRL +P)

- Sélectionnez Gestion des recettes.

- Sélectionnez l'onglet Tiers Payeurs.
- Faites un clic droit dans la liste pour ouvrir le menu contextuel et sélectionnez Ajouter.

Une ligne supplémentaire s'ajoute à la liste.

- Saisissez le numéro et le libellé de l'organisme.
- Saisissez le montant ou le taux de rétrocession.
- Sélectionnez le type d'organisme Obligatoire, Complémentaire ou Autre.
- Cliquez sur Valider pour enregistrer les Préférences.

13.6.b. Créer une recette avec rétrocession

Depuis la création d'une recette libre (voir Recette Libre)

- Cochez la case Tiers-payant.
- Cliquez sur les trois petits points afin de sélectionnez le Tiers payeur n°1 prenant en charge le patient et auquel vous avez mentionné la rétrocession dans les préférences (voir Créer un Tiers Payeur avec rétrocession).
- Saisissez le taux ou le montant de prise en charge par ce tiers payeur pour ce patient.

Distinguez : taux de prise en charge et taux (ou montant) rétrocédé :

- Le taux de prise en charge est la somme prise en charge par le tiers payeur dont le patient est exonéré d'avance de frais.
- Le taux de rétrocession ou le montant rétrocédé sont les sommes qui sont reversées au tiers payeur dans le cadre d'une entente préalable entre le praticien et ce tiers payeur. La somme apparaitra dans le journal des tiers payant et sera déduite automatiquement lors de l'enregistrement du paiement par le tiers payeur.

- Mentionnez le règlement (mode de règlement, date d'encaissement) si un montant reste à la charge du patient.
- Cliquez sur Valider pour enregistrer la recette.

13.6.c. Valider un règlement avec rétrocession

Depuis le navigateur > Onglet Gestion des recettes

- Cliquez sur Rapprochement manuel.
- Saisissez la période à laquelle la recette avec rétrocession a été créée.
- Sélectionnez la ligne de la recette.
- Modifiez le montant perçu si besoin et Cliquez sur Valider dans le brouillard.

Le règlement est enregistré dans le journal des règlements. La recette est mise à jour automatiquement dans le brouillard des recettes. Et la ligne tiers payant est actualisée dans le journal des tiers payant (vous retrouverez le montant facturé, perçu, la rétrocession et si présent le solde attendu) voir Journal des Tiers Payants.

13.7. La suppression

13.7.a. D'une recette

La suppression d'une recette engendre la suppression de tous les règlements déjà perçus et des impayés en cours s'il y a lieu. **La manipulation est irréversible**.

La suppression d'une recette peut s'effectuer depuis plusieurs écrans.

Depuis le visualisateur

- Sélectionnez le dossier du patient depuis le Navigateur.
- Sélectionnez l'onglet Recette dans le Visualisateur.
- Effectuez un clic droit sur la recette et sélectionnez Supprimer la recette.

- Confirmez la suppression.

Depuis le brouillard des recettes ou la liste des impayés

- Recherchez la recette.
- Effectuez un clic droit sur la recette et sélectionnez Supprimer la recette.
- Confirmez la suppression.

13.7.b. D'un règlement

La suppression d'un règlement implique qu'un impayé sera créé pour la recette. Le montant de ce règlement sera ajouté au solde de la recette.

Depuis le brouillard des recettes

- Recherchez et sélectionnez la recette.
- Effectuez un clic droit sur le règlement dans la zone Règlements de la recette et sélectionnez Supprimer le règlement.
- Confirmez la suppression.

Depuis la liste des règlements

- Rechercher le règlement à supprimer.
- Effectuer un clic droit sur ce règlement et sélectionnez Supprimer le règlement.
- Confirmez la suppression.

13.8. Le transfert des recettes

Au préalable il est nécessaire afin d'accéder à cette option de mentionner les préférences de l'utilisateur pour la gestion des recettes (voir Préférences de l'utilisateur).

13.8.a. Transférer les recettes

Depuis l'onglet Gestion des recettes

- Sélectionnez Transfert des règlements.
- Indiquez la période qui contient les recettes à transférer.
- Sélectionnez le format AxiCompta ou Texte (CSV).
- Cliquez sur Transférer.
- Cliquez sur OK au message d'information sur le nombre de recettes transférées.

Pour les utilisateurs du logiciel AxiCompta, n'oubliez pas d'importer les recettes en comptabilité. Le transfert des nouvelles recettes sera possible uniquement si l'import est effectué en comptabilité.

13.8.b. Repasser un transfert

Depuis l'onglet Gestion des recettes

- Sélectionnez Transfert des règlements.
- Indiquez la période qui contient les recettes à re-transférer.
- Décochez la case Nouveau transfert.
- Indiquez dans le champ qui apparaît le numéro du transfert à effectuer de nouveau.
- Cliquez sur Transférer.
- Cliquez sur OK au message d'information sur le nombre de recettes transférées.

Pour les utilisateurs du logiciel AxiCompta, n'oubliez pas d'importer les recettes en comptabilité. Le transfert des nouvelles recettes sera possible uniquement si l'import est effectué en comptabilité.

13.9. Personnalisation des listes

13.9.a. Personnaliser les colonnes d'une liste

Depuis un écran de l'onglet Gestion des recettes

Définir les colonnes à afficher

- Effectuez un clic droit dans la liste pour afficher le menu contextuel.
- Sélectionnez Colonnes puis cochez le nom des colonnes à afficher.

Définir la taille des colonnes

- Cliquez sur le trait séparant 2 colonnes

Le pointeur de la souris apparait avec 2 traits parallèles avec des flèches directionnelles sur chaque côté des traits.

- Maintenez le bouton gauche de la souris enfoncé.
- Déplacez le pointeur pour modifier la taille des colonnes comme souhaité.

Définir l'ordre des colonnes

- Cliquez sur le libellé d'une colonne, maintenez le clic gauche de la souris sur cette colonne.
- Déplacer la souris à l'endroit souhaité.

Des flèches vertes doivent apparaitre afin de pouvoir insérer une colonne.

- Relâchez le bouton de la souris.

Trier la liste des éléments

- Cliquez sur le libellé d'une colonne pour effectuer un tri.

Une flèche affichée à la fin de la colonne indique l'ordre du tri effectué. Un clic supplémentaire inverse l'ordre de tri.

13.9.b. Réinitialiser toutes les colonnes des listes

Depuis la fenêtre de préférences (CTRL +P)

- Sélectionnez Gestion des recettes.
- Cliquez sur Réinitialiser largeur et position des colonnes.
- Confirmez la réinitialisation des colonnes.
- Cliquez sur OK.
- Cliquez sur Valider.

Un redémarrage du logiciel est nécessaire afin de prendre en compte les modifications.

14. Imprimer

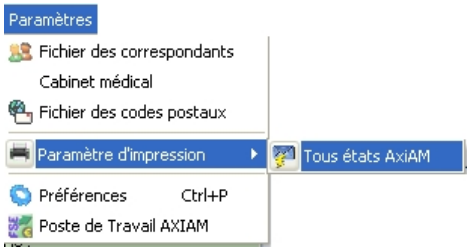
14.1. Paramétrage

14.1.a. Imprimante

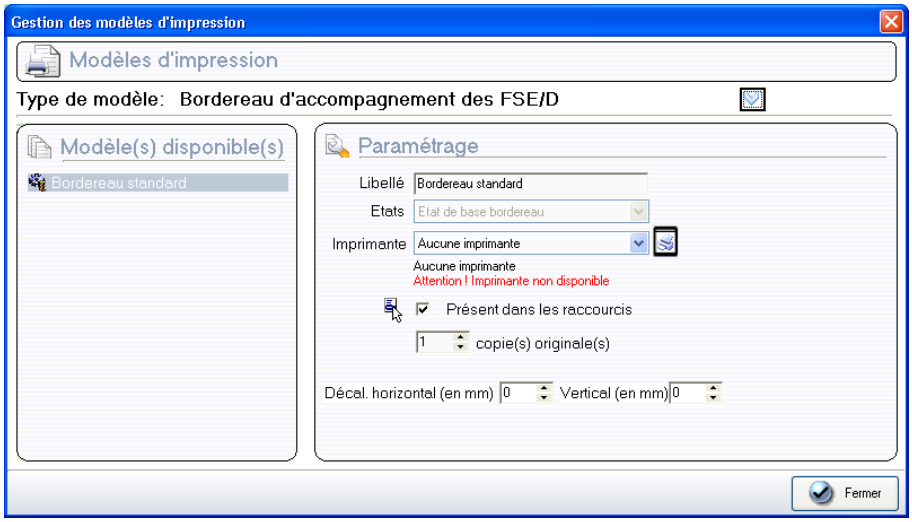
Vous avez la possibilité de paramétrer une ou plusieurs imprimantes, quelles soient raccordées à votre ordinateur directement ou bien une imprimante de votre réseau (celle-ci doit être paramétrée pour une utilisation en réseau. Pour la mise en réseau de votre imprimante nous vous conseillons de prendre contact avec votre revendeur local).

Procédure afin de définir une imprimante par défaut pour l'impression des feuilles de soins électroniques :

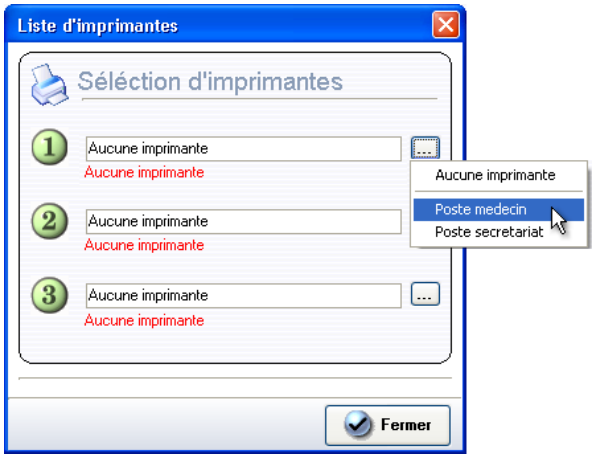
› Sélectionnez le menu Paramètres puis Paramètre d'impression et Tous états AxiAM :



La fenêtre suivante apparaît :



› Cliquez sur afin d'ouvrir la fenêtre **Liste d'imprimantes**.



› Cliquez sur et sélectionnez le nom de l'imprimante que vous souhaitez définir.

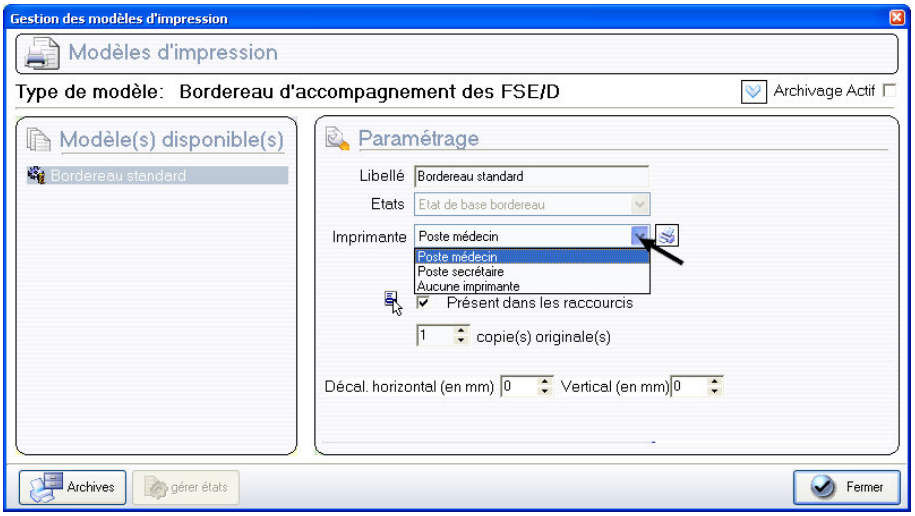
Dans notre exemple, nous avons deux imprimantes configurées sur l'ordinateur : une en local qui se nomme **Poste médecin** et une en réseau sur le poste de la secrétaire, nommée **Poste secrétariat**.

Vous avez la possibilité dans cette fenêtre de définir au maximum trois imprimantes.

› Cliquez sur

.

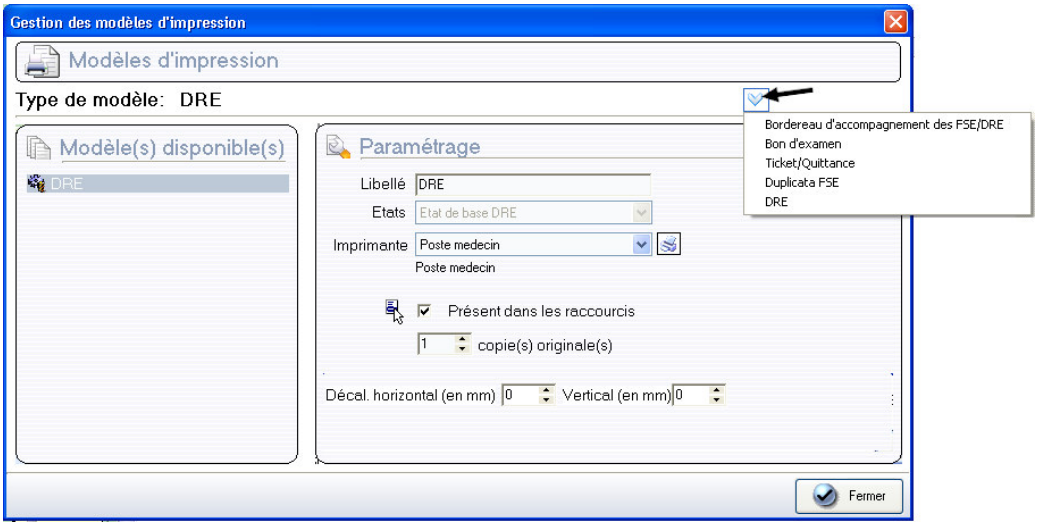
La fenêtre Gestion des modèles d'impression apparaît :



› Cliquez sur la flèche à droite du champ Imprimante et sélectionnez l'imprimante pour les Bordereau d'accompagnement.

L'imprimante pour les bordereaux d'accompagnement est définie. Si vous utilisez la même imprimante pour tous les éléments d'impression, vous pouvez cliquer sur

. Sinon vous avez la possibilité de définir une imprimante pour les autres éléments :



› Cliquez sur et sélectionnez l'élément. Vous avez la possibilité de définir une imprimante pour les cinq éléments suivants :

- Les bordereaux d'accompagnement des FSE/DRE (effectué précédemment)
- Les bons d'examen
- Les tickets/quittances
- Les duplicata FSE
- Les DRE

› Répétez le point ci-dessus pour chaque élément.

› Cliquez sur

une fois les éléments d'impression définis.

14.1.b. Ticket papier par défaut

Vous avez la possibilité de paramétrer l'impression d'un ticket papier par défaut lorsqu'il y a un restant dû à la charge du patient.

- Sélectionnez le menu Paramètres > Préférences.
- Cliquez sur Feuille de soins.
- Sélectionnez l'onglet Réglages du praticien.
- Cochez la case du champ Imprimer un ticket lors d'un reste à la charge du patient
- Cliquez sur Fermer pour enregistrer la modification.

14.1.c. Impression avec ou sans entête

Vous avez la possibilité d'imprimer sur des documents ayant déjà une entête pre-imprimée. Pour que l'application ne rajoute pas vos coordonnées sur ces documents, vous devez cocher la case Imprimer sur des documents avec entête (pavé adresse) :

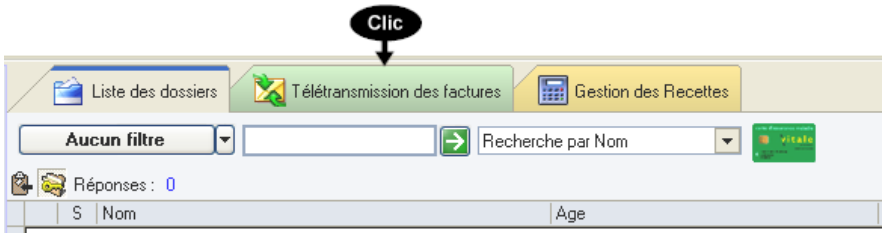
- Sélectionnez le menu Paramètres > Préférences.
- Cliquez sur Feuille de soins.
- Sélectionnez l'onglet Réglages du praticien.
- Cochez la case du champ Imprimer sur des documents avec entête (pavé adresse)
- Cliquez sur Fermer pour enregistrer la modification.

14.2. La liste des Factures

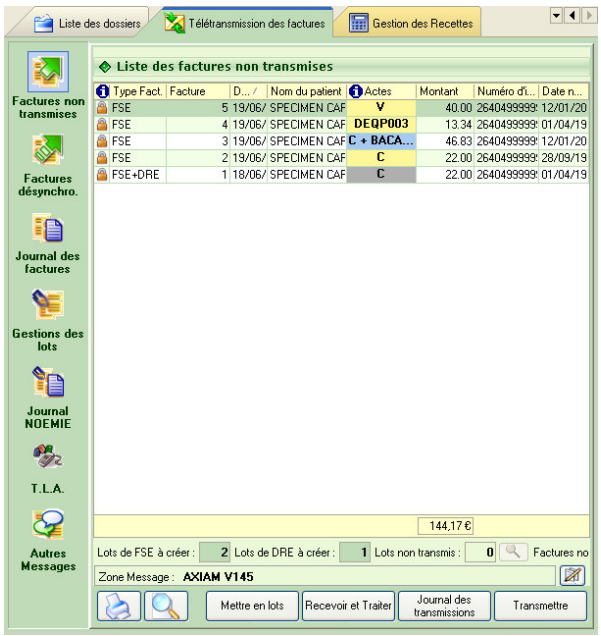
Pour effectuer une feuille de soins papier, reportez-vous à la rubrique Papier.

Pour imprimer la liste des factures :

- Sélectionnez l'onglet Télétransmission des factures depuis le navigateur.



La fenêtre suivante s'affiche positionnée par défaut sur l'onglet Factures non transmises :



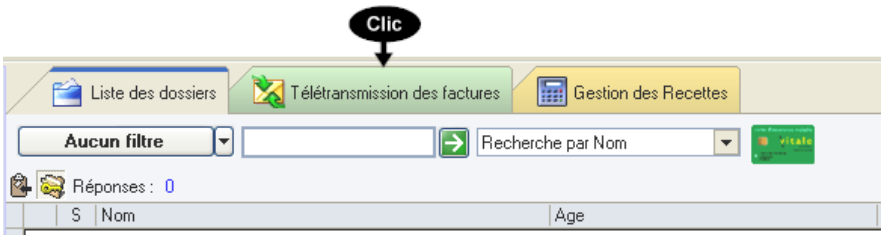
› Cliquez sur au bas de l'écran pour imprimer la liste.

› Cliquez sur pour visualiser un aperçu de l'impression. Cliquez sur pour lancer l'impression depuis cette fenêtre puis cliquez sur Fermer une fois l'impression terminée.

14.3. Duplicata, ticket papier, bon d'examen...

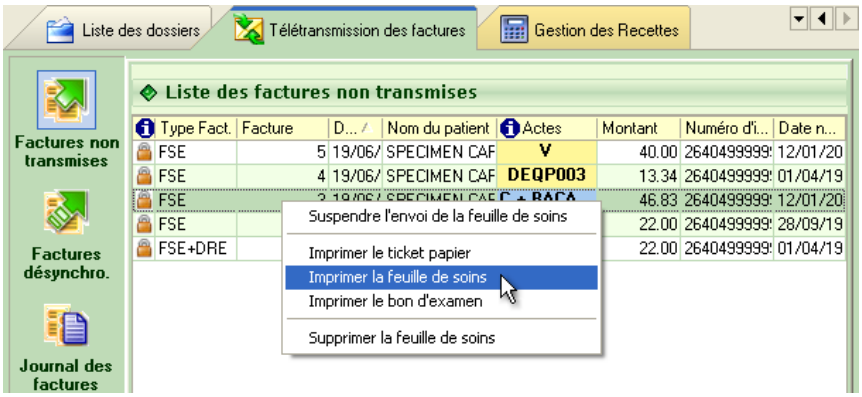
Vous avez la possibilité d'imprimer une fois la feuille de soins réalisée :

- un duplicata
- un ticket papier
- un bon d'examen



› Sélectionnez l'onglet Télétransmission des factures

La fenêtre suivante s'affiche, positionnée par défaut sur l'onglet Factures non transmises :



Effectuez un clic droit sur la feuille de soins souhaitée et sélectionnez votre choix :

- Imprimer le ticket papier.
- Imprimer la feuille de soins (duplicata)
- Imprimer le bon d'examen.

Lorsque le ticket papier est imprimé par un médecin remplaçant le nom du médecin remplacé est mentionné.

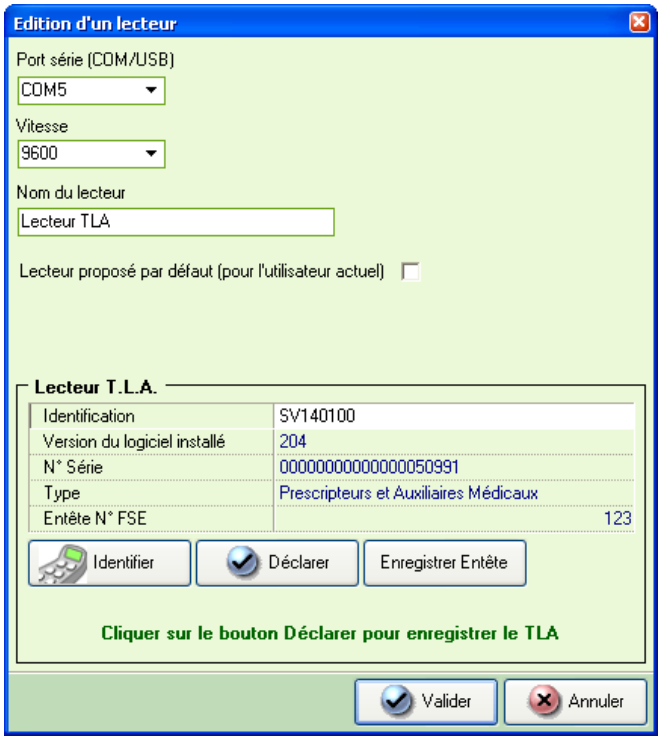
15. Utiliser un lecteur TLA

15.1. Paramétrage du lecteur TLA

- Sélectionnez le menu Paramètres > Poste de travail AxiAM
- Cliquez sur

.
- En fonction de votre configuration, suivez la manipulation suivante :
  - Si le lecteur TLA est votre seul lecteur, une seule ligne apparaît, sélectionnez cette ligne et cliquez sur Modifier Lecteur.
  - Si vous avez plusieurs lecteurs enregistrés, sélectionnez la ligne correspondant au lecteur TLA et cliquez sur Modifier Lecteur.
  - Si vous avez plusieurs lecteurs et qu'aucune ligne ne correspond à votre lecteur TLA, cliquez sur Ajouter Lecteur.

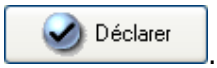
La fenêtre Edition d'un lecteur apparaît :



- Renseignez le champ Port série : cliquez sur la flèche à droite puis sélectionnez le numéro du port COM. Le numéro du port COM correspond au port de communication sur lequel le lecteur est branché. Si vous utilisez un port USB, il vous faut vérifier le numéro du port COM attribué au lecteur par l'ordinateur.
- Sélectionnez la Vitesse de communication, 2 choix sont possibles : 9600 ou 19200 (si vous ne connaissez pas la vitesse de votre lecteur, référez-vous à son manuel d'utilisation).
- Cliquez sur

. Un nom de lecteur vous sera proposé par défaut, vous pouvez le modifier. La section Lecteur TLA est renseignée avec les informations contenues dans le lecteur.

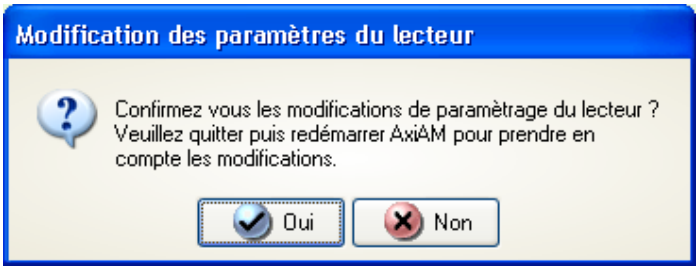
Une fois le lecteur identifié, il vous faut le déclarer. Un message, en dessous des boutons Identifier et Déclarer, vous en informe.

- Cliquez sur 

. Un message vous indique que le lecteur TLA est déclaré avec succès.
- Cliquez sur

pour enregistrer la déclaration.

Le message suivant apparaît :


Modification des paramètres du lecteur
Confirmez vous les modifications de paramètrage du lecteur ?
Veuillez quitter puis redémarrer AxiAM pour prendre en compte les modifications.
Oui
Non

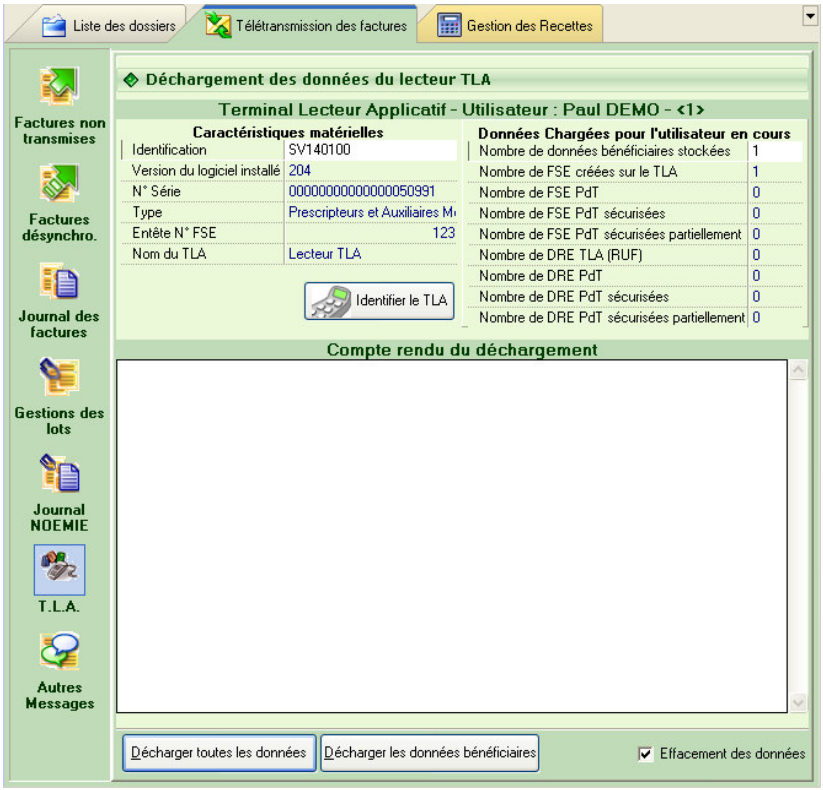
- Cliquez sur Oui.
- Cliquez sur Fermer.
- Fermez le logiciel afin de prendre en compte les modifications.
- Ouvrez le logiciel.

Votre lecteur TLA est maintenant déclaré dans votre logiciel, vous pouvez l'utilisez.

15.2. Déchargement d'une facture

Depuis le Navigateur

- Effectuez une lecture de votre CPS.


Liste des dossiers
Télétransmission des factures
Gestion des Recettes
Factures non transmises
Factures désynchro.
Journal des factures
Gestions des lots
Journal NOEMIE
T.L.A.
Autres Messages
Déchargement des données du lecteur TLA
Terminal Lecteur Applicatif - Utilisateur : Paul DEMO - <1>
Caractéristiques matérielles
Identification SV140100
Version du logiciel installé 204
N° Série 00000000000000050991
Type Prescripteurs et Auxiliaires M
Entête N° FSE 123
Nom du TLA Lecteur TLA
Identifier le TLA
Données Chargées pour l'utilisateur en cours
Nombre de données bénéficiaires stockées 1
Nombre de FSE créées sur le TLA 1
Nombre de FSE PdT 0
Nombre de FSE PdT sécurisées 0
Nombre de FSE PdT sécurisées partiellement 0
Nombre de DRE TLA (RUF) 0
Nombre de DRE PdT 0
Nombre de DRE PdT sécurisées 0
Nombre de DRE PdT sécurisées partiellement 0
Compte rendu du déchargement
Décharger toutes les données
Décharger les données bénéficiaires
Effacement des données

- Cliquez sur l'onglet Télétransmission des factures.
- Cliquez sur

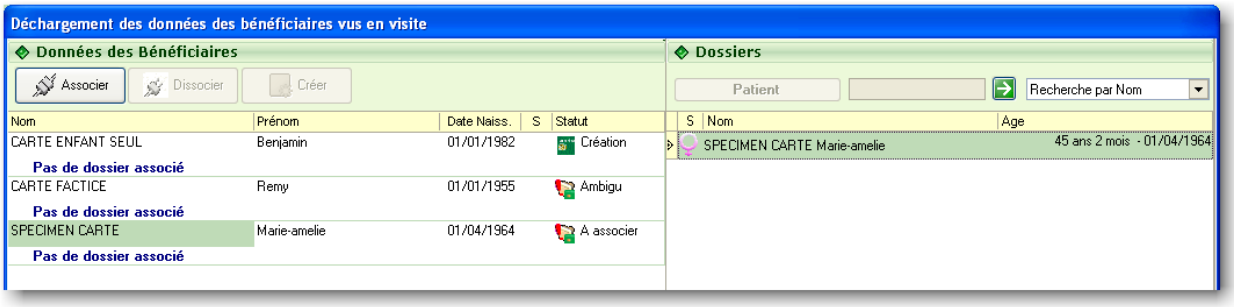
.

Une fenêtre Contrôle du TLA apparaît afin d'identifier le TLA.
Les informations contenues dans le TLA apparaissent :

- le nom de l'utilisateur identifié (ici Paul DEMO),
- le nombre de données Bénéficiaires, c'est-à-dire le nombre de dossiers patients enregistrés dans le TLA,
- le nombre de FSE contenues dans le TLA.

› Cliquez sur Décharger toutes les données afin de récupérer les dossiers patients et les FSE.

› Associez les dossiers dont les données sont différentes de celles présentes dans la base.



3 cas possibles :

Création :
Le dossier patient est créé automatiquement.
Si vous souhaitez associer le dossier, sélectionnez le patient dans la liste des Données des Bénéficiaires à gauche au statut Création puis recherchez le Dossiers à droite auquel vous souhaitez l'associer. Une fois le dossier sélectionné, Cliquez sur Associer.

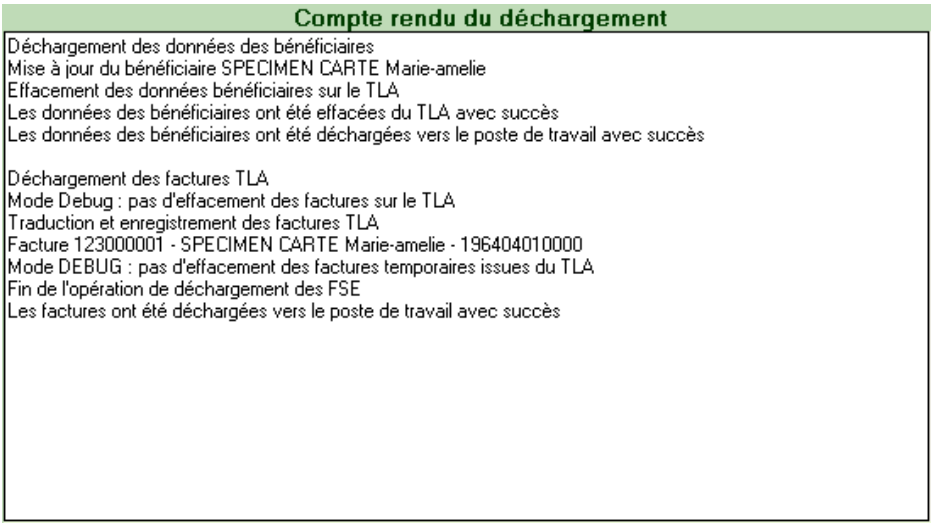
Ambigu :
Au moins une donnée discriminante est différente (N° SS, date de naissance, rang de naissance) dans le volet administratif du patient. Sélectionnez le patient dans la liste des Données des Bénéficiaires à gauche au statut Ambigu et cliquez sur le Dossiers à droite auquel vous souhaitez l'associer puis cliquez sur Associer. Ou cliquez sur Créer pour créer un nouveau dossier.

A associer :
Au moins une donnée est différente mais les trois données discriminantes sont identiques (N° SS, date de naissance, rang de naissance) dans le volet administratif du patient. Sélectionnez le patient dans la liste des Données des Bénéficiaires à gauche au statut Ambigu et cliquez sur le Dossiers à droite auquel vous souhaitez l'associer puis cliquez sur Associer.

Lorsque l'association est effectuée, le statut passe à Associé. Pour annuler l'association, cliquez sur Dissocier.

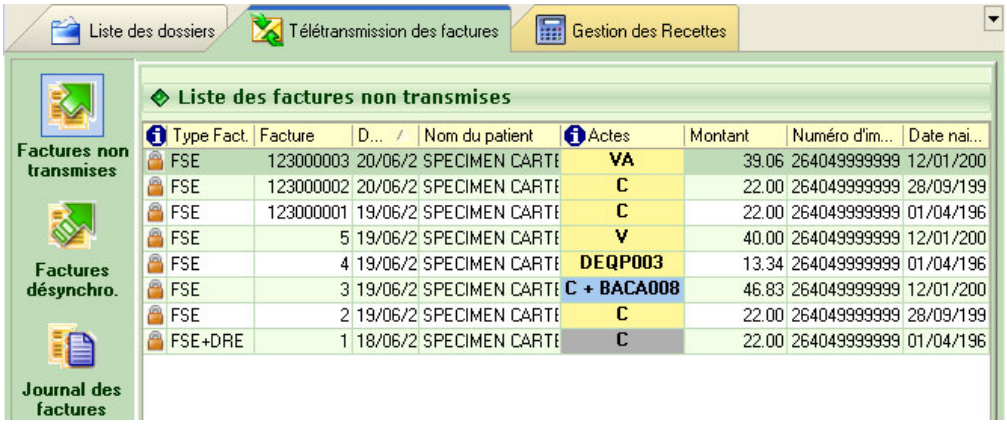
› Cliquez sur Valider.

Le compte rendu de déchargement s'affiche alors dans la zone centrale :


Compte rendu du déchargement
Déchargement des données des bénéficiaires
Mise à jour du bénéficiaire SPECIMEN CARTE Marie-amelie
Effacement des données bénéficiaires sur le TLA
Les données des bénéficiaires ont été effacées du TLA avec succès
Les données des bénéficiaires ont été déchargées vers le poste de travail avec succès
Déchargement des factures TLA
Mode Debug : pas d'effacement des factures sur le TLA
Traduction et enregistrement des factures TLA
Facture 123000001 - SPECIMEN CARTE Marie-amelie - 196404010000
Mode DEBUG : pas d'effacement des factures temporaires issues du TLA
Fin de l'opération de déchargement des FSE
Les factures ont été déchargées vers le poste de travail avec succès

Si un patient n'existe pas dans la base, son dossier sera créé avec les informations contenues dans le TLA.

Vous retrouvez les factures dans les Factures non transmises.


Liste des dossiers
Télétransmission des factures
Gestion des Recettes
Factures non transmises
Factures désynchro.
Journal des factures
Liste des factures non transmises
Type Fact. | Facture | D... | Nom du patient | Actes | Montant | Numéro d'im... | Date nai...
FSE | 123000003 | 20/06/2 | SPECIMEN CARTE | VA | 39.06 | 264049999999 | 12/01/200
FSE | 123000002 | 20/06/2 | SPECIMEN CARTE | C | 22.00 | 264049999999 | 28/09/199
FSE | 123000001 | 19/06/2 | SPECIMEN CARTE | C | 22.00 | 264049999999 | 01/04/196
FSE | 5 | 19/06/2 | SPECIMEN CARTE | V | 40.00 | 264049999999 | 12/01/200
FSE | 4 | 19/06/2 | SPECIMEN CARTE | DEQP003 | 13.34 | 264049999999 | 01/04/196
FSE | 3 | 19/06/2 | SPECIMEN CARTE | C + BACA008 | 46.83 | 264049999999 | 12/01/200
FSE | 2 | 19/06/2 | SPECIMEN CARTE | C | 22.00 | 264049999999 | 28/09/199
FSE+DRE | 1 | 18/06/2 | SPECIMEN CARTE | C | 22.00 | 264049999999 | 01/04/196

Les factures créées en mode TLA s'identifient grâce à leurs numéros de factures différents de ceux effectués en mode connecté. Par défaut, ils sont composés de 9 chiffres.

Note : Afin de différencier les FSE faites par le TLA et celles faites par AxiAM dans le classement des Feuilles de soins, le numéro des FSE TLA évolue de yyy000001 à yyy999999. yyy étant ce qu'on appelle l'entête du TLA. Cette plage est fixe et propre au TLA, elle ne sera jamais égale à 000.

Cas particuliers

- Lors du déchargement, une vérification de la date du lecteur et celle du poste de travail est effectuée, si les dates ne correspondent pas un message vous en averti dans la fenêtre de déchargement.
- Il se peut que les informations bénéficiaires ne puissent pas être récupérées depuis le TLA, dans le cas où celles-ci ont été mal enregistrées dans le lecteur TLA (dysfonctionnement). Un message d'information apparaît précisant que la Facture xxxxx a été enregistrée dans le TLA sans les données du bénéficiaire. Elle n'est rattachée à aucun dossier patient. Elle sera transmise sous le nom de Patient inconnu.

16. Télétransmettre et gérer les retours

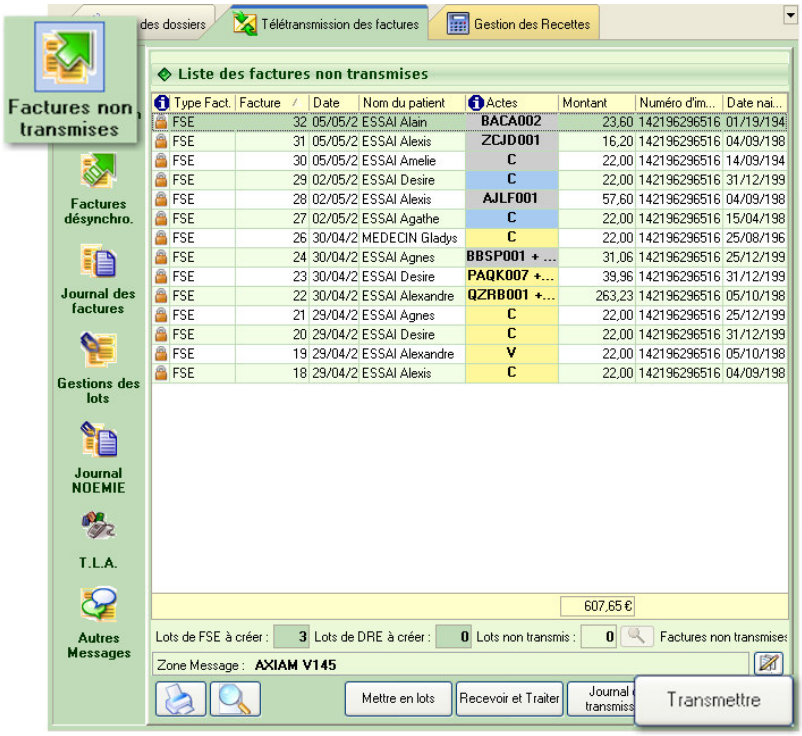
16.1. Télétransmettre

Après réalisation des feuilles de soins vous devez les télétransmettre.

› Ouvrez le logiciel et vous identifier.

› Sélectionnez l'onglet Télétransmission des factures

La fenêtre suivante s'affiche :


des dossiers
Télétransmission des factures
Gestion des Recettes
Factures non transmises
Factures désynchro.
Journal des factures
Gestions des lots
Journal NOEMIE
T.L.A.
Autres Messages
Liste des factures non transmises
Type Fact. | Facture | Date | Nom du patient | Actes | Montant | Numéro d'im... | Date nai...
FSE 32 05/05/2 ESSAI Alain BACA002 23,60 142196296516 01/19/194
FSE 31 05/05/2 ESSAI Alexis ZCJD001 16,20 142196296516 04/09/198
FSE 30 05/05/2 ESSAI Amelie C 22,00 142196296516 14/09/194
FSE 29 02/05/2 ESSAI Desire C 22,00 142196296516 31/12/199
FSE 28 02/05/2 ESSAI Alexis AJLF001 57,60 142196296516 04/09/198
FSE 27 02/05/2 ESSAI Agathe C 22,00 142196296516 15/04/198
FSE 26 30/04/2 MEDECIN Gladys C 22,00 142196296516 25/08/196
FSE 24 30/04/2 ESSAI Agnes BBSP001 + ... 31,06 142196296516 25/12/199
FSE 23 30/04/2 ESSAI Desire PAQK007 +... 39,96 142196296516 31/12/199
FSE 22 30/04/2 ESSAI Alexandre QZRB001 +... 263,23 142196296516 05/10/198
FSE 21 29/04/2 ESSAI Agnes C 22,00 142196296516 25/12/199
FSE 20 29/04/2 ESSAI Desire C 22,00 142196296516 31/12/199
FSE 19 29/04/2 ESSAI Alexandre V 22,00 142196296516 05/10/198
FSE 18 29/04/2 ESSAI Alexis C 22,00 142196296516 04/09/198
607,65 €
Lots de FSE à créer : 3 Lots de DRE à créer : 0 Lots non transmis : 0 Factures non transmises
Zone Message : AXIAM V145
Mettre en lots
Recevoir et Traiter
Transmettre

› Cliquez sur l'onglet Factures non transmises.

Vous pouvez visualiser la liste des factures en attente de télétransmission.

› Cliquez sur Transmettre au bas de la fenêtre.

Une demande de confirmation apparaît :

› Cliquez sur

afin de confirmer la télétransmission.

› Saisissez le code porteur de votre carte PS dans la fenêtre qui s'ouvre et cliquez sur pour valider la saisie.

Une série de fenêtres apparaît ne demandant aucune action de votre part :

- Veuillez patienter SVP.
- Sécurisation du lot : x (x étant le numéro de lot).

- Veuillez patienter SVP.
- Envoie du message.

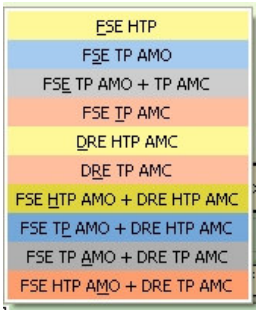
Une fenêtre Compte rendu de transmission apparaît à la fin de la télétransmission.

› Cliquez sur

.

La télétransmission est terminée.

Dans la colonne Actes, différentes couleurs vous permettent de distinguer les type de tiers-payant. Pour en connaître la signification, cliquez sur à côté du libellé de la colonne Actes :

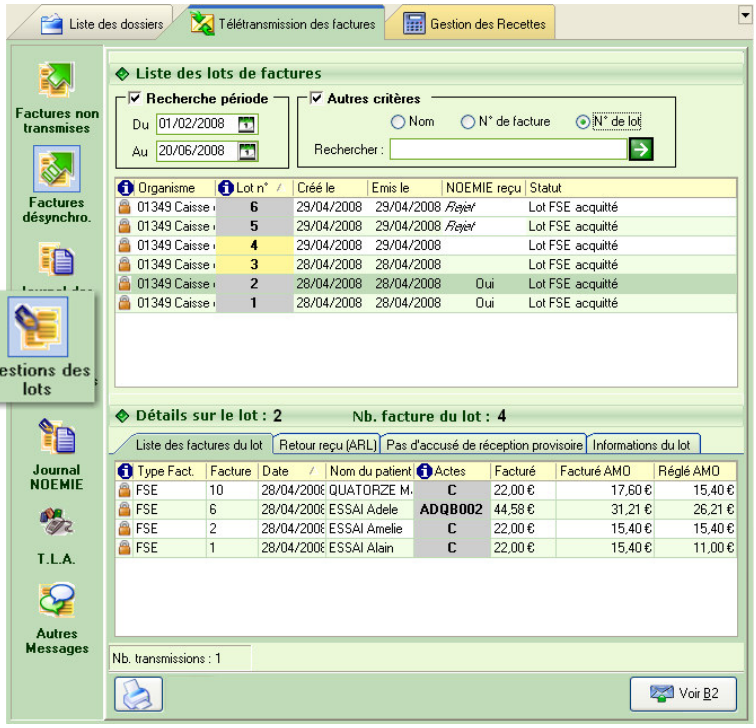

FSE HTP
FSE TP AMO
FSE TP AMO + TP AMC
FSE TP AMC
DRE HTP AMC
DRE TP AMC
FSE HTP AMO + DRE HTP AMC
FSE TP AMO + DRE HTP AMC
FSE TP AMO + DRE TP AMC
FSE HTP AMO + DRE TP AMC

- TP : Tiers-Payant
- HTP : Hors Tiers-Payant
- FSE : Feuille de Soins Electronique
- DRE : Demande de Remboursement Electronique
- AMO : Assurance Maladie Obligatoire
- AMC : Assurance Maladie Complémentaire

16.2. Visualiser les ARL

Lorsque vous avez télétransmis les feuilles de soins, les lots construits à partir de ces feuilles apparaissent dans la fenêtre Liste des lots de factures.

› Cliquez sur l'onglet Télétransmission des factures du navigateur.


Liste des dossiers
Télétransmission des factures
Gestion des Recettes
Factures non transmises
Factures désynchro.
Gestions des lots
Journal NOEMIE
T.L.A.
Autres Messages
Liste des lots de factures
Recherche période
Du 01/02/2008
Au 20/06/2008
Autres critères
Nom
N° de facture
N° de lot
Rechercher :
Organisme | Lot n° | Créé le | Emis le | NOEMIE reçu | Statut
01349 Caisse | 6 | 29/04/2008 | 29/04/2008 Rejet | Lot FSE acquitté
01349 Caisse | 5 | 29/04/2008 | 29/04/2008 Rejet | Lot FSE acquitté
01349 Caisse | 4 | 29/04/2008 | 29/04/2008 | Lot FSE acquitté
01349 Caisse | 3 | 28/04/2008 | 28/04/2008 | Lot FSE acquitté
01349 Caisse | 2 | 28/04/2008 | 28/04/2008 | Oui | Lot FSE acquitté
01349 Caisse | 1 | 28/04/2008 | 28/04/2008 | Oui | Lot FSE acquitté
Détails sur le lot : 2
Nb. facture du lot : 4
Liste des factures du lot
Retour reçu (ARL)
Pas d'accusé de réception provisoire
Informations du lot
Type Fact. | Facture | Date | Nom du patient | Actes | Facturé | Facturé AMO | Réglé AMO
FSE | 10 | 28/04/2008 | QUATORZE M. | C | 22,00 € | 17,60 € | 15,40 €
FSE | 6 | 28/04/2008 | ESSAI Adele | ADQB002 | 44,58 € | 31,21 € | 26,21 €
FSE | 2 | 28/04/2008 | ESSAI Amelie | C | 22,00 € | 15,40 € | 15,40 €
FSE | 1 | 28/04/2008 | ESSAI Alain | C | 22,00 € | 15,40 € | 11,00 €
Nb. transmissions : 1
Voir B2

› Cliquez sur

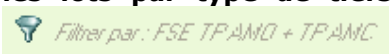
.

› Indiquez la période de recherche, par défaut la période indiquée est de un mois.

› Cochez au besoin Autres critères afin d'effectuer une recherche selon le nom, le numéro de facture ou le numéro de lot.

La liste des lots apparaît avec les renseignements concernant chaque lot, la colonne Statut vous indique si un lot a reçu un ARL (Accusé de Réception Logique) ou non :

- Acquitté : le lot a reçu un ARL.
- Emis : le lot a été envoyé à l'organisme mais il n'a pas reçu d'ARL.
- Réémis : le lot a été envoyé à l'organisme une première fois, ce lot n'a pas reçu d'ARL après 48h et il a été réémis.
- A traiter manuellement : le lot a été réémis deux fois et n'a pas reçu d'ARL. Ce lot ne pourra plus être renvoyé électroniquement il faut donc faire des feuilles de soins papiers pour toutes les factures concernant ce lot. Dans ce cas, un bouton Traitement manuel apparaît, au bas de la fenêtre, vous permettant d'indiquer que vous avez traité manuellement la feuille. Un bouton d'impression vous permet alors d'imprimer cette feuille.

› Effectuez un clic droit sur un lot et sélectionnez Filtrer sur le tiers payant courant : xxx **pour filtrer les lots par type de tiers payant**. Le type de filtre est affiché en haut de la grille : 

. Un nouveau clic droit sur une ligne permet d'afficher toutes les lignes.

Cette fonctionnalité est également présente dans l'onglet Journal des factures.

› Cliquez sur un lot **pour visualiser le détail** dans la partie inférieure de l'écran.

› Cliquez au besoin sur les différents onglets pour connaître le résultat du retour.

Le nom des onglets change en fonction du retour ou du non retour d'ARL :

- Liste des factures du lot
- Pas de retour ou Retour reçu (ARL) ou Retour reçu (Message de service)
- Pas d'accusé de réception provisoire ou accusé de réception provisoire (oui)
- Information du lot

Dans la colonne Lot n°, différentes couleurs vous permettent de distinguer les lots contenant des feuilles de soins en tiers-payant de ceux contenant des feuilles de soins en hors tiers-payant. Pour connaître la signification des couleurs cliquez sur à côté du libellé de la colonne Lot n° :

16.3. Traiter les NOEMIE

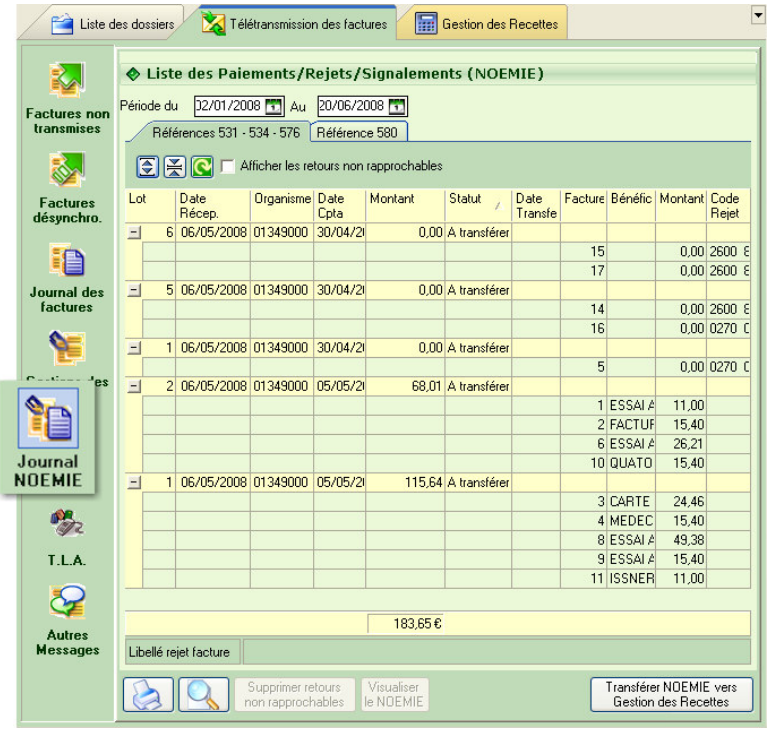
Vous avez la possibilité de visualiser si vous avez reçu des retours NOEMIE depuis deux endroits :

- La liste des lots des factures
- La liste des Paiements/Rejets/Signalements (NOEMIE)

La fenêtre Liste des lots des factures contient une colonne NOEMIE reçu qui indique si un vous avez reçu un retour NOEMIE, pour chaque lot. Pour accéder à cette fenêtre, reportez-vous à la rubrique Visualiser les ARL.

La fenêtre liste des paiements/rejets/signalement (NOEMIE) vous donne plus de détails sur le NOEMIE et vous permet de le traiter.

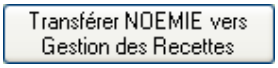
› Cliquez sur l'onglet Télétransmission des factures du Navigateur.



- Cliquez sur

.
- Indiquez la période de recherche, par défaut la période indiquée est de un mois.
- Sélectionnez le format de référence de vos retours NOEMIE que vous souhaitez visualiser, en cliquant sur l'onglet souhaité.

La liste des lots ayant reçu un retour NOEMIE apparaît à cet endroit. Le numéro de facture et le montant apparaissent vous permettant de connaître le montant remboursé, s'il y lieu, ou le non remboursement ainsi que le motif du rejet, s'il y a.

- Cliquez sur 

pour transférer vos paiements des retours NOEMIE dans le module de recette.

Pour connaître la suite de la gestion des retours NOEMIE :

- Dans le cas où vous utilisez AxiSanté 5 et/ou AxiAM seul, reportez-vous à la rubrique Suite à un retour NOEMIE.
- Dans le cas où vous utilisez AxiSanté4, reportez-vous au manuel AxiSanteMAJ2005.chm et à la section Liaison AxiSanté avec AxiAM 1.40 puis Gestion des retours NOEMIE.

16.4. Suspendre l'envoi d'une facture

Vous avez la possibilité de suspendre l'envoi d'une facture, depuis l'onglet Télétransmission des factures.

La fenêtre suivante s'affiche, **positionnée par défaut sur l'onglet Factures non transmises** :

- Cliquez sur l'onglet Factures non transmises.
- Effectuez un clic droit sur la facture que vous souhaitez suspendre.
- Sélectionnez Suspendre l'envoi de la feuille de soins (ou suspendre l'envoi de la DRE).

La colonne Facture de cette feuille est grisée est ne sera pas envoyée lors de vos télétransmissions.

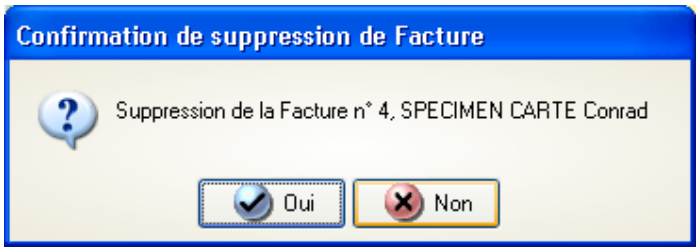
Pour activer l'envoi de la facture, le moment venu, effectuez un clic droit sur la facture et sélectionnez Activer l'envoi.

16.5. Supprimer une facture

Vous avez la possibilité de supprimer une facture, depuis l'onglet Télétransmission des factures.

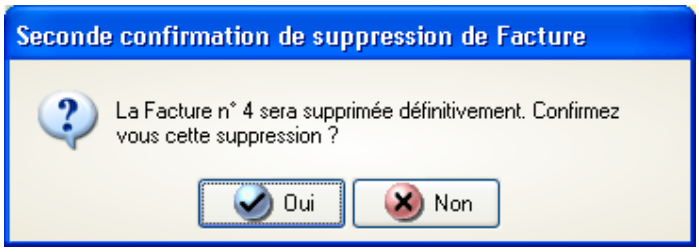
- Cliquez sur l'onglet Factures non transmises.
- Effectuez un clic droit sur la facture que vous souhaitez supprimer.
- Sélectionnez Supprimer la feuille de soins.

Un message de confirmation apparaît :



- Cliquez sur pour valider la suppression.

Un autre message de confirmation apparaît :


Seconde confirmation de suppression de Facture
La Facture n° 4 sera supprimée définitivement. Confirmez vous cette suppression ?
Oui
Non

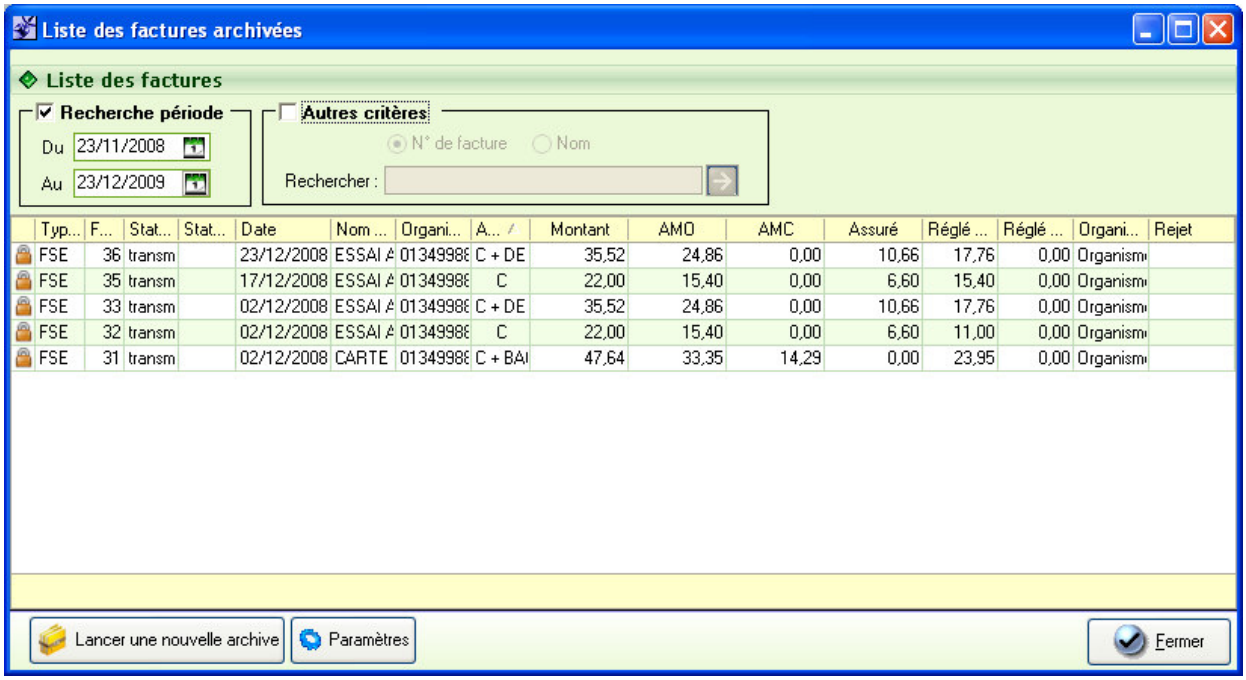
- Cliquez sur pour une confirmation définitive.

La facture est définitivement supprimée de l'application. **La manipulation est irréversible.**

17. Archiver les factures

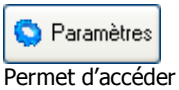
17.1. Description de l'écran

Fichier > Archives


Liste des factures archivées
Liste des factures
Recherche période
Du 23/11/2008
Au 23/12/2009
Autres critères
N° de facture
Nom
Rechercher :
Typ... F... Stat... Stat... Date Nom ... Organi... A... Montant AMO AMC Assuré Réglé ... Réglé ... Organi... Rejet
FSE 36 transm 23/12/2008 ESSAI A 0134998 C + DE 35,52 24,86 0,00 10,66 17,76 0,00 Organism
FSE 35 transm 17/12/2008 ESSAI A 0134998 C 22,00 15,40 0,00 6,60 15,40 0,00 Organism
FSE 33 transm 02/12/2008 ESSAI A 0134998 C + DE 35,52 24,86 0,00 10,66 17,76 0,00 Organism
FSE 32 transm 02/12/2008 ESSAI A 0134998 C 22,00 15,40 0,00 6,60 11,00 0,00 Organism
FSE 31 transm 02/12/2008 CARTE 0134998 C + BAI 47,64 33,35 14,29 0,00 23,95 0,00 Organism
Lancer une nouvelle archive
Paramètres
Fermer

Recherche période
Permet d'afficher les factures archivées selon une période à définir.
Autres critères
Permet d'afficher les factures archivées selon un N° de facture ou le Nom d'un patient.

Permet de lancer manuellement une nouvelle archive (voir Lancer un archivage manuellement), selon les paramètres définis (voir Paramétrer l'archivage des factures).

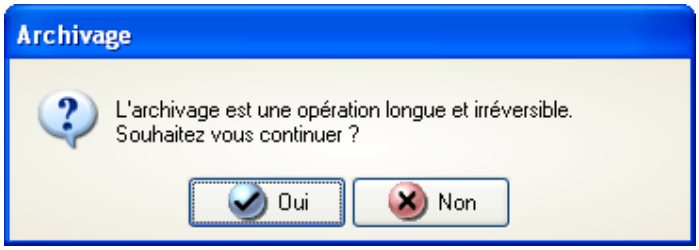


Permet d'accéder au paramétrage d'archivage des factures.

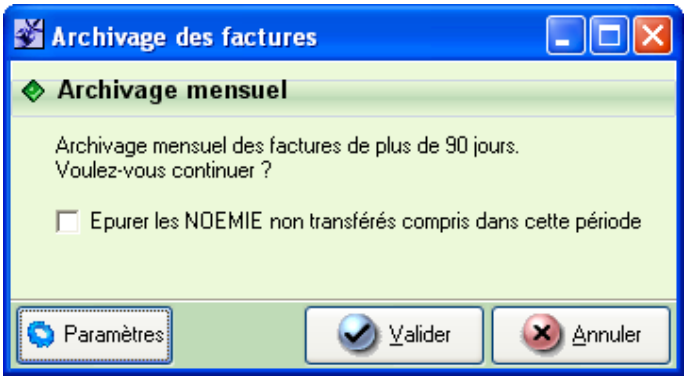
17.2. Lancer un archivage manuellement

Fichier > Archives

› Cliquez sur Lancer une nouvelle archive. La fenêtre suivante s'affiche :



› Cliquez sur Oui pour confirmer l'archivage. La fenêtre suivante s'affiche :



- Cochez la case Epurer les NOEMIE non transférés compris dans cette période dans le cas où vous ne transférez pas vos NOEMIE dans la Gestion des recettes.
- Cliquez sur Valider pour lancer l'archivage des factures.

17.3. Visualiser et imprimer une facture archivée

Fichier > Archives

- Déterminez la période d'affichage des factures archivées recherchées ou les critères de N° de facture ou de Nom d'un patient.
- Double cliquez sur la facture de votre choix. La fenêtre Détail de la facture s'affiche. Vous pouvez visualiser le détail de la facture.
- Cliquez sur pour imprimer le détail de la facture.

17.4. Paramétrer l'archivage des factures

Paramètres > Préférences > onglet Archives

ou Ctrl+ P > onglet Archives

Options d'archivage
Archivage des factures
Factures de plus de 365 jours (min. 90 jours)
Automatique sans message
Automatique avec message
Pas d'archivage automatique
Epurer messages de services compris dans cette période

Archivage des factures

Permet d'archiver automatiquement les factures de plus de 90 jours (par défaut 365 jours). Vous pouvez définir le nombre de jours à partir duquel vous souhaitez archiver vos factures.

Automatique sans message
Permet un archivage automatique mensuel selon la durée déterminée lors de la télétransmission avec un message de confirmation.

Automatique avec message
Permet un archivage automatique mensuel selon la durée déterminée lors de la télétransmission sans message de confirmation.

Pas d'archivage automatique
Permet d'arrêter l'archivage automatique.

Epurer messages de services compris dans cette période
Permet d'épurer les messages présents dans l'onglet Télétransmission des factures du Navigateur, onglet Autres Messages.

18. La mise à jour en ligne

18.1. Le paramétrage de la mise à jour automatique

Afin de télécharger automatiquement vos mises à jour, vous devez paramétrer vos préférences utilisateurs.

› Sélectionnez le menu Paramètres puis Préférences (ou appuyez sur Ctrl+P).

Par défaut l'onglet Application est sélectionné à l'ouverture des préférences.

› A la section Divers, assurez-vous que la case à cocher Téléchargement automatique des mises à jour est bien cochée.

18.2. La détection d'une nouvelle mise à jour

La détection d'une nouvelle mise à jour est automatique si vous avez contracté un contrat avec Axilog. Dans ce cas, le téléchargement se fera automatiquement, sans action de votre part.

Si vous êtes en période d'essai, la fonctionnalité n'est pas activée.

Pour pouvoir bénéficier de la mise à jour en ligne, AxiDBSafe, l'outil de sauvegarde doit être installé et activé.

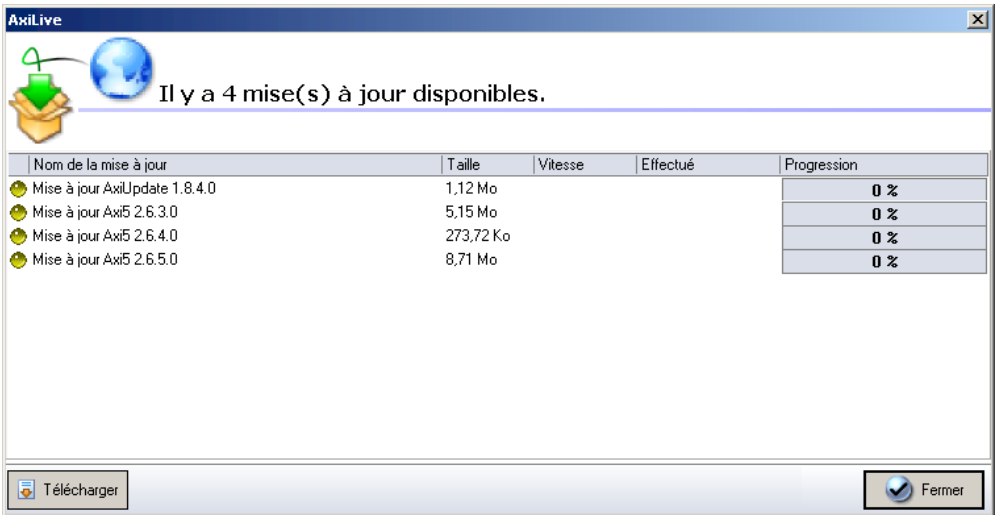
18.3. Le téléchargement de la mise à jour

Si vous avez choisi le téléchargement automatique des mises à jour dans les préférences et que votre contrat avec Axilog est à jour, le téléchargement des mises à jour s'effectuera sans action de votre part. Au prochain démarrage de votre logiciel, une fenêtre vous indiquera qu'une mise à jour est disponible.

Afin que le téléchargement puisse s'effectuer il est nécessaire d'avoir une connexion Internet active (la connexion doit être établie).

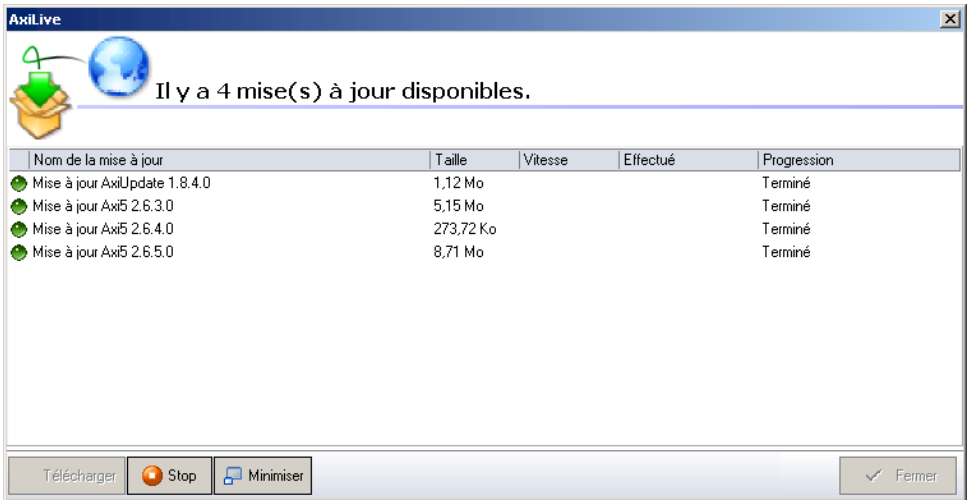
Si vous n'avez pas coché la case téléchargement automatique des mises à jour, activer votre connexion Internet puis cliquez sur

en haut dans la barre des menus. La fenêtre de téléchargement apparaît :



Le nombre de mise à jour disponible est indiqué.
Le nom de la mise à jour est affiché.
Cliquez sur Télécharger pour commencer le téléchargement de ou des mises à jour.

Si plusieurs mises à jour sont disponibles, vous pouvez choisir celles que vous désirez télécharger en cochant la case qui apparaît devant leur nom.



Diverses informations sont indiquées en cours de téléchargement et en fin de téléchargement :

La taille totale du fichier,
La vitesse de téléchargement,
La taille du téléchargement déjà effectué,
La progression du téléchargement.

Vous pouvez cliquer sur Stop pour arrêter le téléchargement ou sur Minimiser pour réduire la fenêtre et continuer le téléchargement en tâche de fond.

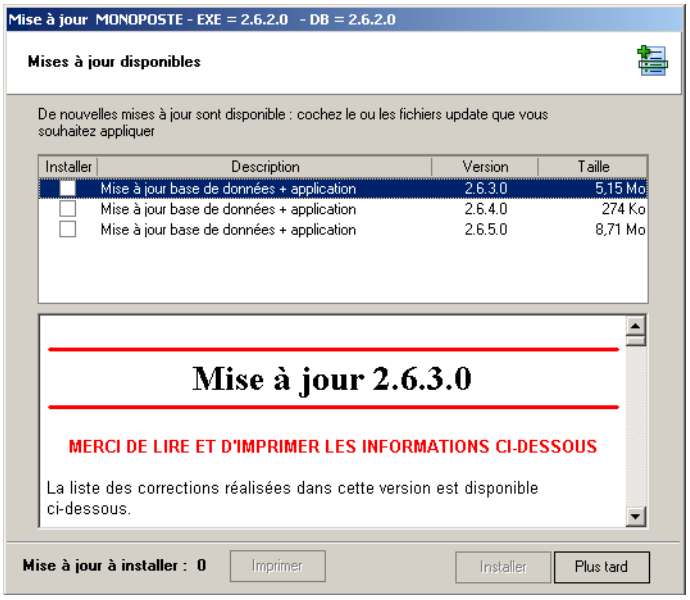
Un message vous signale la fin du téléchargement, cliquez sur Ok. Fermez votre logiciel de santé, puis redémarrez-le pour appliquer la mise à jour.

Si vous utilisez une connexion Internet non permanente pensez à vous déconnecter à la fin du téléchargement.

18.4. L'application de la mise à jour

Lorsque vous avez téléchargé une mise à jour, vous devez redémarrer votre logiciel pour appliquer la mise à jour.

La fenêtre suivante s'affiche alors :


Mise à jour MONOPOSTE - EXE = 2.6.2.0 - DB = 2.6.2.0
Mises à jour disponibles
De nouvelles mises à jour sont disponible : cochez le ou les fichiers update que vous souhaitez appliquer
Installer
Description
Version
Taille
Mise à jour base de données + application
2.6.3.0
5,15 Mo
Mise à jour base de données + application
2.6.4.0
274 Ko
Mise à jour base de données + application
2.6.5.0
8,71 Mo
Mise à jour 2.6.3.0
MERCI DE LIRE ET D'IMPRIMER LES INFORMATIONS CI-DESSOUS
La liste des corrections réalisées dans cette version est disponible ci-dessous.
Mise à jour à installer : 0
Imprimer
Installer
Plus tard

- Cochez les mises à jour à appliquer.

  Le détail de la mise à jour sélectionnée au-dessus est affiché ici.

- Cliquez sur Imprimer pour éditer le contenu de la mise à jour.
- Cliquez sur Installer pour appliquer la ou les mises à jour sélectionnées.
- Cliquez sur le bouton Plus tard pour différer l'application de la mise à jour.

  Dans ce cas, cette fenêtre vous sera présentée de nouveau à la prochaine ouverture de votre logiciel.

19. Mes outils au quotidien

19.1. Saisir une date

Dans de nombreux endroits de votre logiciel, une zone de saisie de date apparaît. La plupart du temps, elle est pré-remplie avec la date du jour.

Pour la modifier, il suffit de cliquer dans la zone, puis :

- **soit saisir la date voulue** et tabuler pour valider la saisie.

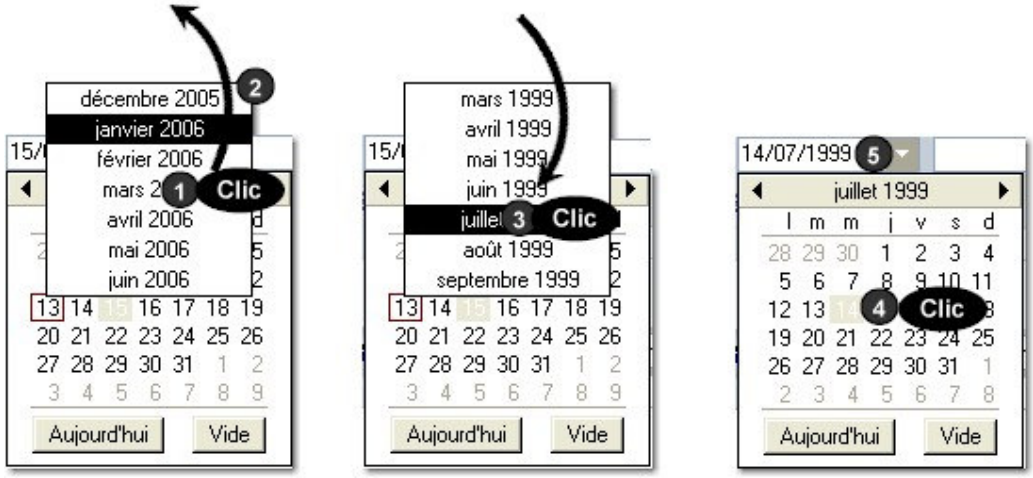
Pour saisir une date du mois en cours, saisissez uniquement le jour et tabulez. Le logiciel complètera avec le mois et l'année en cours. **Pour saisir une date de l'année en cours,** saisissez le jour suivi du mois sans espace ni sigle et tabulez. Le logiciel complètera avec l'année en cours. Par exemple, 3103 tabulation inscrira 30/03/2006 automatiquement.

- soit **utiliser le calendrier**, en cliquant sur la flèche noire pour l'afficher :

Un clic sur le bouton **Aujourd'hui** permet de revenir à la date du jour.

Un clic sur le bouton **Vide** permet d'effacer la date affichée dans la zone de saisie.

Pour faire défiler le mois affiché dans le calendrier, cliquez sur les flèches noires à gauche et à droite du mois ou :



- Cliquez sur le mois affiché au centre,
- Déplacez votre souris vers le haut de la liste, tout en maintenant le clic, pour faire défiler les mois et les années.

Pour accélérer le défilement, sortez la souris de la liste, tout en maintenant le clic. Plus la souris est loin de la liste, plus le défilement est rapide.

- Relâchez le clic sur le mois de la date à saisir.
- Cliquez sur le jour du mois ainsi affiché.

La date choisie remplie maintenant la zone de saisie de date.

19.2. Le rapport technique Eurekalog

Cet outil permet d'informer directement et très précisément le service développement d'Axilog d'une situation exceptionnelle rencontrée pendant l'utilisation de votre logiciel.

Cet outil ne se substitue pas au support technique. Il a pour objectif la prise en compte immédiate des informations par les équipes développement. Les correctifs éventuellement nécessaires seront diffusés via la mise en jour en ligne.

Concrètement :

Lors d'un fonctionnement qui vous parait inhabituel ou incongru, vous pouvez appeler cet outil depuis le menu **Aide** de votre application, en sélectionnant **Transmettre un rapport d'erreur** :

Un message **Rapport d'erreur** apparaît :

Rapport d'erreur
Vous souhaitez envoyer un rapport d'erreur.
Celui-ci inclura une copie d'écran de la fenêtre en cours.
L'erreur se produit-elle dans la fenêtre visible à l'écran ?
Oui
Non

Si le message n'apparaît pas dans cette fenêtre cliquez sur le bouton

un message vous demande d'être sur la fenêtre où l'erreur se produit :

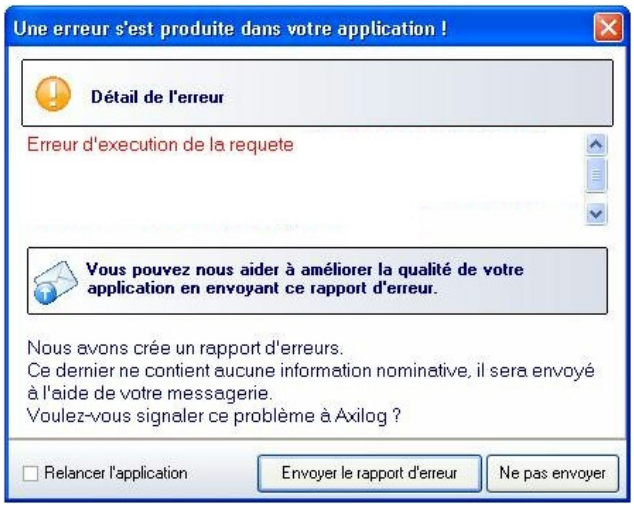
Rapport d'erreur
Veuillez vous placer dans la fenêtre concernée par l'erreur,
puis demandez à nouveau un rapport d'erreur
OK

Si vous êtes dans la fenêtre où l'erreur apparaît, cliquez sur le bouton

.

Une photo est prise du contexte et un rapport est rédigé automatiquement. Vous pouvez alors visualiser le rapport puis l'envoyer à Axilog qui en prendra compte directement.

En cas de dysfonctionnement de l'application, vous n'aurez pas besoin d'appeler ce message. Il vous sera automatiquement proposé :


Une erreur s'est produite dans votre application !
Détail de l'erreur
Erreur d'execution de la requete
Vous pouvez nous aider à améliorer la qualité de votre application en envoyant ce rapport d'erreur.
Nous avons crée un rapport d'erreurs.
Ce dernier ne contient aucune information nominative, il sera envoyé à l'aide de votre messagerie.
Voulez-vous signaler ce problème à Axilog ?
Relancer l'application
Envoyer le rapport d'erreur
Ne pas envoyer

20. Pour en savoir plus

20.1. Les différents acteurs

Le système SESAM-VITALE comporte différents acteurs, dont nous récapitulons ici les principales caractéristiques et interactions :

Les assurés sociaux disposent d'une Carte Vitale dont la mise à jour leur incombe. En cas de droits complémentaires, ils ont une attestation papier comportant l'ensemble des informations d'identification, de tarification et d'adressage. Ils peuvent demander à recevoir une quittance lors de l'élaboration de la facture électronique. Ils recevront un décompte papier indiquant les montants remboursés de la part des organismes d'Assurance Maladie.

Les Professionnels de Santé disposent d'une Carte Professionnel de Santé (CPS) avec laquelle ils élaborent les factures électroniques. Ces dernières sont regroupées en lots et en fichiers et transmises directement, ou via un Organisme Concentrateur Technique (OCT), aux organismes d'Assurance Maladie.

Les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) reçoivent des flux de données provenant de votre part, soit directement, soit de la part des OCT (Organismes Concentrateur Technique). Certains organismes AMO peuvent traiter la part complémentaire, dans le cadre d'une *convention de gestion* avec une AMC .

Les organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (AMC) reçoivent des flux de données :

- soit de la part des AMO avec lesquelles ont été conclues des conventions de gestion. Dans ce cas, l'AMO effectue l'avance de remboursement de la part complémentaire.
- soit de la part des AMO avec lesquelles ont été conclues des conventions de transmissions des décomptes,
- soit de la part des OCT,
- soit directement de votre part, sous la forme de Demande de Remboursement Electronique (DRE),

Certains AMC peuvent traiter la part obligatoire, dans le cadre d'une *délégation de gestion légale* ou d'une *habilitation conventionnelle* établie avec un AMO.

Les Organismes Concentrateur Technique (OCT) reçoivent les flux de données de votre part, à condition que vous ayez un contrat avec eux.

20.2. Les flux du réseau de messagerie

Le réseau de messagerie véhicule deux types de flux :

- les flux sortants sont ceux que vous émettez, à destination des organismes d'Assurance Maladie Obligatoire ou Complémentaire ou d'un OCT,
- les flux entrants sont ceux que vous recevez des systèmes d'accueil des organismes d'Assurance Maladie Obligatoire ou Complémentaire.

Les flux sortants sont les suivants :

- **La Feuille de Soins Electronique (FSE)** remplace la feuille de soins papier. Elle contient toujours la demande de remboursement de la part obligatoire. Elle peut également contenir la demande de remboursement de la part complémentaire, dans le cas de gestion unique (voir Créer une FSE en tiers payant complet). Elle est créée sur votre poste de travail, à l'aide de la Carte Vitale du patient et de votre CPS. Elle est envoyée à l'organisme d'Assurance Maladie concerné, soit directement, soit par le biais d'un OCT.
- **La Demande de Remboursement Electronique (DRE)** correspond à la demande de remboursement de la part complémentaire. Elle est créée uniquement dans le cas de gestion séparée. Elle permet à l'AMC d'effectuer directement le paiement à ses assurés / adhérents ou à vous, selon le service mis en œuvre. Elle est envoyée directement à l'AMC concernée. Elle peut aussi être envoyée à un OCT, qui la transmettra à l'AMC.
- **La DRE d'annulation** que vous pouvez émettre, dans le cas où vous souhaitez annuler une DRE.
- **La DRE rectificative** que vous pouvez émettre, dans le cas où vous souhaitez rectifier une DRE.

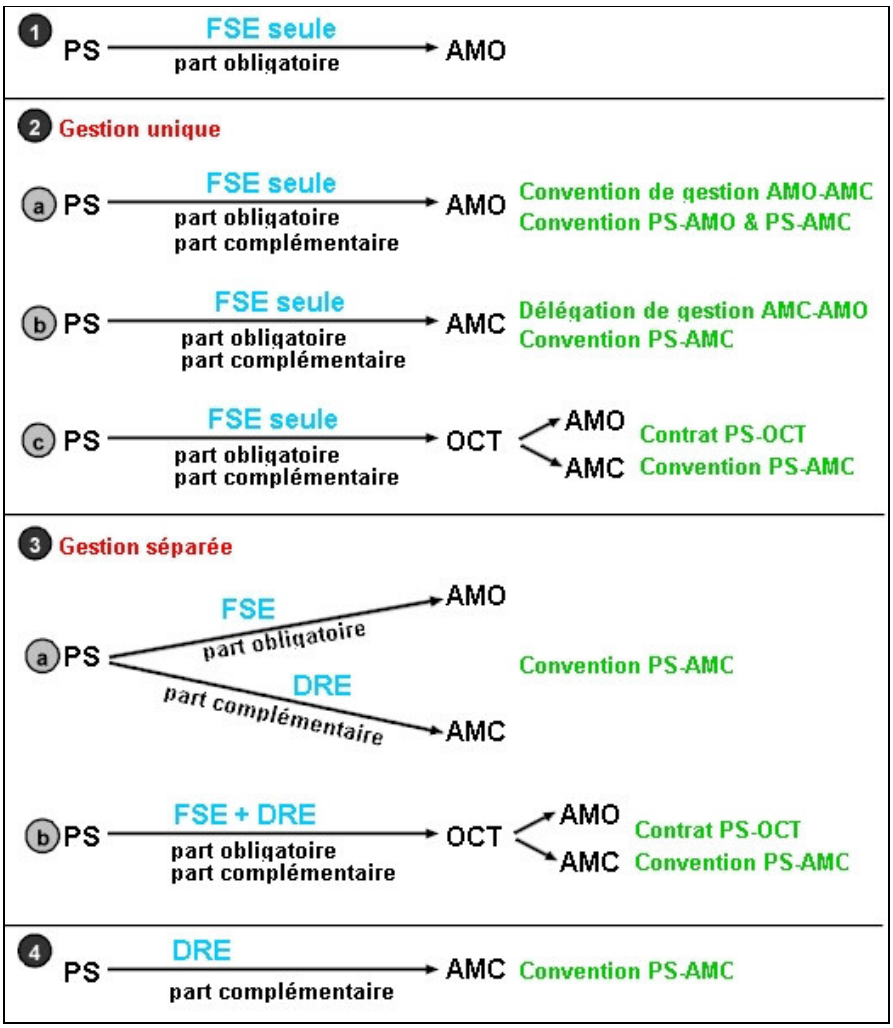
Les flux entrants sont les suivants :

- **Les Accusés de Réception Logique (ARL)** qui vous indiquent l'état de réception des lots de factures électroniques que vous avez envoyé. Un ARL positif vous décharge de la responsabilité de retransmettre les lots. Un ARL négatif impliquera automatiquement une seconde transmission des lots concernés.
- **Les Rejets/Signalement/Paiement (RSP)** qui vous indiquent l'état de traitement de la facture (paiement, rejet ou signalement). La référence NOEMIE-PS 580 a été choisie comme référence unique de retour pour tous les Organismes d'Assurance Maladie. Elle remplacera à terme les références 576 et 900 NOEMIE pour les AMO et les flux des paiements et de rejet en provenance des AMC.

- **Les messages de service** qui vous indiquent que le message électronique transmis comporte des irrégularités au niveau des en-têtes, de l'enveloppe des fichiers contenant les lots de factures ou lors de la détection d'un virus.

20.3. Gestion unique ou séparée des parts obligatoires et complémentaires

Selon les accords entre les différents acteurs du système SESAM-VITAL (vous-même, AMO, AMC et OCT), les parts obligatoires et complémentaires peuvent être envoyées par des flux de type et de composition différents :



1 Un flux **« FSE seule »,** avec les données de la **part obligatoire,** est composé dans le cas où :

- les prestations n'ont pas de part complémentaire remboursable,
- l'assuré ne cotise pas à un AMC, ou ne fait pas état de son contrat avec la complémentaire,
- l'AMC ne désire pas recevoir de DRE,
- vous n'avez pas de convention avec l'AMC pour lui adresser des DRE, ou vous ne souhaitez pas envoyer de DRE,

Ce flux est alors **envoyé à l'AMO** par télétransmission.

2 Un flux **« FSE seule »,** avec les données des **parts obligatoires et complémentaires,** est composé dans le cas où :

- a il existe une convention de gestion entre AMO et AMC, permettant à l'AMO de gérer l'ensemble des droits, et si vous avez signé une convention avec les deux,
- b il existe une délégation de convention entre AMC et AMO, permettant à l'AMC de gérer l'ensemble des droits, et si vous avez signé une convention avec l'AMC,

- (c) vous utilisez un OCT qui se chargera de l'éclatement des FSE entre AMO et AMC, et si vous avez signé une convention avec l'AMC,

Ce flux est **envoyé à l'AMO, l'AMC ou l'OCT** par télétransmission. **Ce mode de gestion est identifié comme un mode de gestion unique sur la Carte Vitale du patient.**

(3) Un flux **« FSE et DRE »** est composé dans le cas où :

- (a) vous avez signé une convention avec l'AMC,
- (b) vous utilisez un OCT qui se chargera de l'éclatement des FSE entre AMO et AMC, et si vous avez signé une convention avec l'AMC,

A la télétransmission, la FSE contenant les données de la part obligatoire est envoyée à l'AMO. **La DRE**, contenant les données de la part complémentaire, **est envoyée directement à l'AMC**.

Dans le cas d'un OCT, les deux sont envoyés à l'OCT qui se charge de l'éclatement entre l'AMO et l'AMC.

Ce mode de gestion est identifié comme un mode de gestion séparée sur la Carte Vitale du patient.

(4) Un flux « **DRE seule** » est composé dans le cas où :

- la part complémentaire est facturée seule,
- la prestation est non remboursée par l'AMO, mais prise en charge par l'AMC.

Dans ce cas, vous devez avoir signé une convention avec l'AMC concerné pour lui envoyer directement la DRE par télétransmission.

20.4. Les modes de sécurisation

Il existe quatre modes de sécurisation des factures :

- Le mode **SESAM-Vitale** qui nécessite la présence simultanée des cartes CPS et Vitale dans le lecteur. Les données sensibles sont chiffrées et les factures signées.
- Le mode **désynchronisé**, qui permet une sécurisation en deux étapes : la 1ère est réalisée avec une carte CPE et la Carte Vitale, la 2ème avec la CPS seule. Les données sensibles sont chiffrées et les factures signées.
- Le mode **SESAM-Vitale dégradé**, pour lequel la Carte Vitale est absente, la sécurisation est réalisée avec la CPS seule. Les données sensibles sont chiffrées, mais les factures ne sont pas signées, leur intégrité étant assurée.
- Le mode **non sécurisé**, pour lequel la CPS ou le lecteur sont absents ou en dysfonctionnement. Les données contenues dans le flux ne sont pas chiffrées, et les factures ne sont pas signées.

Pour les deux derniers modes, la feuille de soins papier est la pièce justificative à envoyer aux AMO. Aucun ARL ne sera donc émis pour ces deux modes.

Voici un tableau récapitulatif des émissions et réceptions par mode de sécurisation de la facture :

Mode de sécurisation	**Flux AMO**	**Flux AMC**
SESAM-Vitale SESAM-Vitale Désynchronisée	FSE sans papier en parallèle Réception d'ARL	DRE sans papier en parallèle Réception d'ARL
Dégradé	FSE en mode « dégradé » avec papier en parallèle Pas de réception d'ARL	DRE sans papier en parallèle Réception d'ARL
Papier	FS papier Pas de réception d'ARL	DRE sans papier en parallèle Réception d'ARL